А.В. Погосов, Е.В. Аносова

ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗМ У ПОДРОСТКОВ

Клиника,
трансформация в другие
формы зависимости,
профилактика

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2014

УДК 616.89-008.441.13-053.2
ББК 56.14+57.3
П43

Авторы:

А. В. Погосов — д-р мед. наук, проф., акад. РАЕН, акад. Академии высшего образования Украины, зав. кафедрой психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета;

Е. В. Аносова — канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета.

П43 **Погосов А. В., Аносова Е. В.**

Пивной алкоголизм у подростков. Клиническая картина, трансформация в другие формы зависимости, профилактика : руководство / А. В. Погосов, Е. В. Аносова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 240 с.

ISBN 978-5-9704-2754-5

В книге описаны результаты многолетнего клинико-психопатологического, экспериментально-психологического и статистического исследования 160 подростков мужского пола. Излагаются данные о клинико-синдромологической структуре и динамике формирования пивного алкоголизма у подростков, являющегося этапом развития других форм зависимости. Определен ряд симптомов, ранее не описанных в специальной литературе, отражающих проявления синдромокомплекса наркотической зависимости. Особое внимание уделено основным психопатологическим механизмам формирования у подростков сочетанной наркологической патологии (пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией). По-новому освещаются перспективы использования ряда лекарственных средств и некоторые организационные аспекты профилактики. Изложены образовательные программы для родителей и представителей организаций — субъектов профилактики, которые будут способствовать максимально ранней диагностике наркологической патологии у несовершеннолетних.

Издание адресовано врачам-психиатрам, психиатрам-наркологам, медицинским психологам, студентам медицинских вузов, факультетов психологии. Ряд положений будет полезен сотрудникам организаций субъектов профилактики: педагогам, инспекторам по делам несовершеннолетних, представителям УФСКН, комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав.

УДК 616.89-008.441.13-053.2
ББК 56.14+57.3

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

© Коллектив авторов, 2014
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2014
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2014

ISBN 978-5-9704-2754-5

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений 5
Предисловие 6
Введение 7
Глава 1. Современное состояние проблемы клиники зависимости от алкоголя и каннабиноидов (освещение в специальной литературе) 10
1.1. Эпидемиологические аспекты проблемы зависимости от алкоголя и каннабиноидов 10
1.2. Особенности формирования и клиника алкогольной зависимости у подростков 12
1.3. Пивной алкоголизм: эпидемиологические данные, клиника зависимости у взрослых 17
1.4. Клиническое своеобразие зависимости от конопли у подростков 22
1.5. Программы реабилитации подростков, страдающих зависимостью от психоактивных веществ 27
Глава 2. Клинико-динамические особенности пивного алкоголизма и пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией, у подростков 36
2.1. Синдром измененной реактивности организма 72
2.2. Клиническая характеристика синдрома патологического влечения 78
2.3. Клинические особенности абстинентного синдрома 101
2.4. Клиническая характеристика личностных изменений 109
Глава 3. Динамические особенности алкогольной зависимости у подростков в случаях присоединения к употреблению пива крепкого алкоголя 134
3.1. Синдром измененной реактивности организма на действие алкоголя 143
3.2. Клинико-психопатологическая характеристика синдрома патологического влечения 146
3.3. Клинические особенности алкогольного абстинентного синдрома 153
3.4. Клиническая характеристика личностных и когнитивных нарушений 156
Глава 4. Критерии диагностики и прогноза, дифференцированная терапия и профилактические мероприятия для подростков 163

4.1. Критерии диагностики и прогноза 163
4.2. Дифференцированные терапевтические мероприятия 171
4.3. Психообразовательные программы для родителей и представителей организаций — субъектов профилактики..... 185
Заключение 188
Приложение 191
Психообразовательные программы для родителей и представителей организаций — субъектов профилактики..... 191

Список литературы 213

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ААС — алкогольный абстинентный синдром
АС — абстинентный синдром
МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ПАВ — психоактивные вещества
ПДО — патохарактерологический диагностический опросник Личко-Иванова
СПВ — синдром патологического влечения
УФСКН — Управление Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков
ЦВСНП — Центр временного содержания несовершеннолетних правонарушителей
ЧСС — частота сердечных сокращений

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время в России наблюдается тенденция к росту злоупотребления алкоголем среди подростков. При этом предпочитаемым среди подростков видом алкоголя является пиво, что подтверждают данные многочисленных эпидемиологических исследований (Кошкина Е.А., 2010–2012).

К сожалению, проблеме пивного алкоголизма у подростков не уделяют должного внимания даже многие именитые представители наркологического сообщества. Некоторые из них вообще отрицают его наличие. В отечественной и зарубежной специальной литературе отсутствуют подробные описания клиники, диагностики, профилактики и лечения пивного алкоголизма у подростков.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что пивной алкоголизм — реально существующая проблема. Более того, опасность его заключается в том, что он способствует формированию более тяжелых форм зависимости (употребление внутривенных наркотиков, каннабиноидов), переходу на прием крепкого алкоголя (водка, суррогаты алкоголя).

В связи с этим считаем целесообразным освещение результатов многолетних исследований, проведенных сотрудниками кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета.

В книге излагаются данные о клинико-синдромологической структуре и динамике формирования пивного алкоголизма у подростков, являющегося этапом развития других форм зависимости. Определен ряд симптомов, ранее не описанных в специальной литературе, отражающих проявления синдромокомплекса наркоманической зависимости. Особое внимание уделено основным психопатологическим механизмам формирования у подростков сочетанной наркологической патологии (пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией).

По-новому освещаются перспективы использования ряда лекарственных средств и некоторые организационные аспекты профилактики. Для родителей и представителей организаций — субъектов профилактики изложены образовательные программы, которые будут способствовать максимально ранней диагностике наркологической патологии у несовершеннолетних.

Член президиума Национального наркологического общества
и Российского общества психиатров,
доктор медицинских наук,
профессор Иогосов А.В.

ВВЕДЕНИЕ

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением несовершеннолетними психоактивных веществ (ПАВ), — одна из актуальных проблем наркологии (*Иванец Н.Н.*, 2001; *Шереги Ф.Э.*, *Арефьев А.Л.*, 2003; *Сирота Н.А.*, *Ялтонский В.М.*, 2004; *Lowers L.*, 1999; *Harford T.C.*, *Wechsler H.*, 2002). Число несовершеннолетних, страдающих зависимостью от ПАВ, постоянно растет, что создает угрозу национальной безопасности нашего государства (*Кошкина Е.А.*, 2001; *Кошкина Е.А.*, *Киржанова В.В.*, 2008).

Проблема подросткового алкоголизма стала привлекать внимание отечественных клиницистов и исследователей в последнюю четверть XX в. В этот период опубликован ряд работ, посвященных клинике и диагностике алкоголизма у подростков (*Найденова Н.Г.*, 1982; *Братусь Б.С.*, *Сидоров П.И.*, 1984; *Гулямов М.Г.*, *Погосов А.В.*, 1987; *Кондрашенко В.Т.*, 1988; *Личко А.Е.*, *Битенский В.С.*, 1991; *Сидоров П.И.*, *Митюхляев А.В.*, 1999).

Последние 10 лет проявления ранней алкоголизации и раннего алкоголизма у подростков существенно изменились. До начала 1990-х годов в отечественной литературе не было описаний клиники пивного алкоголизма, поскольку предпочтение пива было не характерно для российских алкогольных обычаев. Широкая реклама пива и выпуск на рынок его крепких сортов способствовали развитию у потребителей пива пивного алкоголизма. В связи с этим возникла необходимость изучения эпидемиологических, клинических и терапевтических аспектов данного заболевания. Было установлено, что рост алкоголизации несовершеннолетних происходит исключительно за счет употребления пива (*Коновалов С.Г.*, 2000). В последние годы в России наблюдается тенденция к росту распространенности злоупотребления алкоголем в молодежной среде, причем предпочитаемым видом алкоголя стало пиво (*Кошкина Е.А.*, 2007; *Егоров А.Ю.*, 2008; *Вышинский К.В.*,

2009). По данным эпидемиологических исследований, пьют его от 2/3 до 3/4 подростков. Систематическое потребление пива начинают в среднем в 12 лет. Ежедневно употребляют пиво 5,3% учащихся. С частотой 1–2 раза в месяц выпивают 31,9% учащихся, 1–2 раза в неделю — 23,6%. (*Волков А.В.*, 2007).

Работ, посвященных изучению клинических особенностей алкоголизма у подростков в целом и пивного алкоголизма в частности, недостаточно. При анализе развития подросткового женского алкоголизма выявлена его стадийность: этап групповой психической зависимости и этап сформированной индивидуальной зависимости (*Егоров А.Ю.*, 2002). Описаны и другие особенности алкоголизма у подростков (*Егоров А.Ю.*, *Игумнов С.А.*, 2005), характеризующиеся высокой суточной толерантностью, полной анозогнозией, эпизодическим сочетанным употреблением алкоголя с наркотическими или токсическими веществами.

Злоупотребление алкоголем во многих случаях предшествует развитию наркомании (*Пятницкая И.Н.*, 1994). По мнению Г.М. Энтина и соавт. (1995), употребление алкоголя — это «ворота» в наркотизацию. Касаясь проблемы потребления ПАВ подростками, И.Д. Паронян, Н.Я. Константинова (1998) подчеркивают, что пробы наркотических и токсических веществ происходят на фоне алкоголизации. Причем большинство подростков совмещают прием наркотиков с легкими алкогольными напитками. А.Ю. Егоровым (2002) показано, что регулярное употребление легких алкогольных напитков у девушек-подростков почти всегда сочеталось с употреблением конопли, которое обычно начиналось в компании сверстников. По данным опроса, проведенного А.В. Худяковым и соавт. (2008), именно подросткам — потребителям алкоголя чаще всего предлагают наркотики. Большинство из них стремятся проводить свободное время в референтной группе, в которой употребляют коноплю для усиления эффекта алкоголя (*Чернобровкина Т.В.*, 2008). Взаимосвязь раннего приобщения к потреблению конопли и употребления алкоголя подтверждают результаты исследований, проведенных в европейских странах (*Kokkevi A. et al.*, 2006).

В ряде работ (*Гулямов М.Г.*, *Погосов А.В.*, 1987; *Пятницкая И.Н.*, 2002) описаны проявления гашишной наркомании у подростков. Особое внимание в них уделено формированию социальной дезадаптации, особенностям клинической картины абстинентного синдрома. В литературных источниках последних лет отсутствует подробное описание гашишной наркомании у подростков с учетом современных представлений о клинике и динамике наркологических заболеваний.

Несмотря на многочисленные указания в литературе на предпочтение подростками пива, употребление которого они часто сочетают с препаратами конопли, работ, посвященных клинике сочетанной зависимости от пива и конопли до настоящего времени нет. В национальном руководстве «Наркология» (М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008) полизависимость определяется как заболевание, связанное с употреблением двух или более наркотических средств одновременно или в определенной последовательности, причем ко всем им должна быть сформирована зависимость. Сочетанное употребление различных ПАВ изменяет клинику заболевания, влияет на темп формирования основных симптомов и синдромов, приводит к более тяжелым социальным и медицинским последствиям (*Рохлина М.Л.*, *Мохначев С.О.*, 2008).

Несмотря на большое число работ, выполненных в последние десятилетия, посвященных различным аспектам наркологической патологии у подростков, многие вопросы этой важной проблемы современности требуют дальнейшего изучения. В настоящее время важной представляется разработка критериев ранней диагностики пивного алкоголизма, его трансформации в другие формы зависимости (пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией, формирование зависимости вследствие употребления пива и крепкого алкоголя), что позволит добиться большей эффективности лечебных мероприятий. Актуальным является и решение вопросов дифференцированной лечебной помощи таким подросткам.

Глава 1

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И КАННАБИНОИДОВ (ОСВЕЩЕНИЕ В СПЕЦИАЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ)

1.1. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И КАННАБИНОИДОВ

С начала 90-х годов XX в. в Российской Федерации отмечен резкий рост числа больных с психическими и поведенческими расстройствами, развивающимися вследствие употребления ПАВ, в том числе среди несовершеннолетних (*Егоров В.Ф. и др.*, 1998; *Михайлов В.И.*, 2002; *Кошкина Е.А.*, 2008).

Эпидемиологические данные свидетельствуют в первую очередь о росте злоупотребления алкоголем среди подростков. За период с 1991 по 2000 г. число подростков с впервые установленным диагнозом алкоголизма увеличилось в 1,5 раза, с 1999 по 2002 г. число алкогольных психозов у них выросло вдвое (*Кошкина Е.А., Киржанова В.В.*, 2004).

В исследованиях, проведенных в 90-х годах XX в., утверждается, что в крупных городах каждый третий подросток в возрасте от 11 до 15 лет имел опыт проб ПАВ (*Цетлин М.Г., Кошкина Е.А.*, 1992; *Кошкина Е.А. и др.*, 1996).

По данным О.Л. Романовой и Т.И. Петраковой (1993), среди детей 6–7 лет вкус алкоголя был известен 27,3% опрошенных, в 12–14 лет число детей, пробовавших алкоголь, возрастало до 52,3%, а средний возраст, в котором подростки начинали употреблять алкоголь, составлял 14 лет. Снижение возраста первой сознательной пробы алкоголя подтверждается и другими авторами (*Дорофеева Р.Д. и др.*, 2007; *Трифонов О.И.*, 2008; *Куракова М.Г., Филатова Т.А.*, 2009).

Подвергнув анализу возрастную динамику потребления, Е.А. Кошкина и И.Д. Паронян (1995) показали, что количество под-

ростков, не потребляющих алкогольные напитки, с возрастом постепенно уменьшается.

Эпидемиологические исследования отражают также сокращение гендерных различий среди подростков, вовлеченных в алкоголизацию (*Егоров А.Ю.*, 2002; *Кошкина Е.А.*, 2002; *Кислицына А.О.*, 2004; *Schukit M.A.*, 2000).

Примечательно, что рост алкоголизации среди несовершеннолетних происходит за счет употребления пива (*Коновалов С.Г. и др.*, 2000; *Волков А.В.*, 2007; *Козловский А.В.*, 2007). Согласно эпидемиологическим данным, от 2/3 до 3/4 подростков предпочитают пиво. Каждый третий подросток в 12 лет употребляет пиво, а в возрасте 13 лет его пьют двое из каждых трех. Систематическое потребление пива несовершеннолетние начинают в среднем в 12 лет (*Кошкина Е.А.*, *Вышинский К.В.*, 2000).

Результаты исследований свидетельствуют о существенном омоложении контингентов больных наркоманиями. С 1988 по 1998 г. число несовершеннолетних с впервые установленным диагнозом наркомании увеличилось в 8 раз (*Романова О.Л.*, 1993). Т.Б. Дмитриевой и соавт. (2000) показано, что подростки злоупотребляют наркотиками в 7,5 раза чаще, чем представители других возрастных групп.

В 90-х годах XX в. начало употребления наркотиков происходило в 13–14 лет — у 15,2% лиц, в 15–16 лет — у 31,6%. В возрасте 17–18 лет впервые попробовали наркотики 20,3% опрошенных (*Левин Б.М.*, *Левин М.Б.*, 1991). В настоящее время отмечается учащение случаев первичного употребления наркотиков детьми 10–12-летнего возраста (*Позднякова М.Е.*, 2005; *Трифонов О.И.*, 2008).

В Российской Федерации, как и во всем мире, употребление каннабиноидов является наиболее распространенным (*Дмитриева Т.Б.*, *Игонин А.Л.*, 2008; *Кошкина Е.А.*, 2008). Этому способствует распространившееся мнение о них как о «легких» наркотиках либо как о веществах, не вызывающих зависимости. По материалам Комитета по наркотикам и преступности ООН за 2008 г., из 200 млн потребителей наркотиков 162 млн человек злоупотребляют каннабиноидами, что составляет 3,9% населения мира.

Данные исследований свидетельствуют о том, что российская молодежь переживает так называемую эру каннабиса. Наблюдается тенденция к увеличению частоты проб препаратов конопли, «вхождение» их в молодежную субкультуру, постоянное увеличение групп молодых людей, которые систематически потребляют препараты конопли (*Поступной А.Н.*, 2000). Указанная тенденция подтверждается много-

численными специалистами (*Гуртовенко В.М. и др.*, 2000; *Кошкина Е.А., Вышинский К.В.*, 2000; *Юлдашев В.Л. и др.*, 2000; *Надеждин А.В.*, 2008).

Распространена точка зрения, что потребление алкоголя и наркотиков находится в прямой связи (*Кошкина Е.А. и др.*, 1995; *Welte J.W., Barnes G.M.*, 1987; *Swadi H.*, 1990). Как правило, наблюдается такая последовательность в употреблении ПАВ: алкоголь, марихуана, другие наркотики (*Kandel D.B.*, 1988). Злоупотребление алкоголем во многих случаях предшествует развитию наркотической зависимости и является фактором риска для развития наркомании (*Пятницкая И.Н.*, 1994). По мнению Г.М. Энтина и соавт. (1995), алкоголь является «воротами» в наркотизацию. И.Д. Паронян и Н.Я. Константинова (1998) также установили, что пробы наркотических веществ у подростков происходят на фоне алкоголизации.

А.Ю. Егоровым (2002) показано, что употребление наркотиков у 87% девушек-подростков начиналось на фоне регулярного употребления преимущественно легких спиртных напитков.

В европейских странах среди 15-летних подростков частое курение табака и употребление алкоголя коррелировали с ранним (13–15 лет) и очень ранним (младше 13 лет) началом потребления каннабиса (*Kokkevi A. et al.*, 2006).

Таким образом, в большом числе научных работ представлены сведения о распространенности употребления алкоголя и наркотиков среди подростков. Анализ этих работ позволяет говорить не только о значительном распространении употребления ПАВ, но и о существенном росте числа наркологических больных несовершеннолетнего возраста. Российскими учеными выявлены тенденции к расширению возрастного диапазона приобщения к потреблению ПАВ, увеличению количества девочек-подростков, вовлеченных в употребление алкоголя. Данные литературы отражают предпочтение подростками пива, употребление которого они сочетают с каннабиноидами.

1.2. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И КЛИНИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Проблема алкогольной зависимости у подростков стала привлекать пристальное внимание специалистов в последнюю четверть XX в.

В этот период были опубликованы фундаментальные работы, посвященные клинике и диагностике данного заболевания (*Гурьева В.А., Гиндикин В.Я.*, 1980; *Найденова Н.Г.*, 1982; *Братусь Б.С., Сидоров П.И.*, 1984; *Пятницкая И.Н.*, 1984; *Личко А.Е. и др.*, 1985; *Кондрашенко В.Т.*, 1988; *Личко А.Е., Битенский Б.С.*, 1991; *Сидоров П.И., Митюхляев А.В.*, 1999).

В ряде исследований показана значительная роль индивидуально-личностных особенностей в ее развитии (*Эйдемиллер Э.Г. и др.*, 2000; *Минков Е.Г.*, 2000; *Надеждин А.В.*, 2002; *Худяков А.В.*, 2003; *Леус Э.В., Сидоров П.И.*, 2006; *Carvajal S.C.*, 2000; *Dani J.A., Harris R.A.*, 2005).

Во многих исследованиях отечественных и зарубежных авторов подчеркивается роль микросоциальных факторов в возникновении алкогольной зависимости у подростков (*Москаленко В.Д.*, 1999; *Макеева А.Г.*, 2003; *Милушева Г.А., Найденова Н.Г.*, 2002; *Худяков А.В.*, 2003; *Чернобровкина Т.В.*, 2008; *Буторина Н.Е., Буторин Г.Г.*, 2009; *Голышева В.А.*, 2010; *Погосов А.В., Куракова М.Г.*, 2011; *Kaplan H.B.*, 1980; *Chassin L.*, 1993; *van der Vorst H.*, 2006).

В литературе широко обсуждается значительная роль наследственных факторов в виде врожденной биологической предрасположенности к развитию алкоголизма (*Москаленко В.Д.*, 1991; *Анохина И.П.*, 1999; *Кибитов А.О. и др.*, 2008.).

Анализ литературы показывает, что при изучении факторов, способствующих ранней алкоголизации подростков, выявлен многообразный комплекс действующих на них неблагоприятных биологических и микросоциальных условий, находящихся в связи с индивидуально-психологическими особенностями личности.

Различные формы нарушенного и задержанного развития, резидуально-органические состояния, другие психические и поведенческие расстройства зачастую становятся преморбидным фоном. Наиболее существенные важные социальные параметры риска адресуются к семье, ее структуре, морально-этическому уровню, семейным взаимоотношениям, особенностям воспитания подростков в семье.

Начальные проявления алкогольной зависимости у подростков имеют характерную возрастную специфику и существенно отличаются от таковых у взрослых (*Личко А.Е., Битенский В.С.*, 1991; *Буторина Н.Е., Буторин Г.Г.*, 2009).

По мнению Ю.А. Строгонова и В.Г. Капанадзе (1978), для ранней алкоголизации характерно групповое употребление алкоголя, начальными мотивами которого могут быть нежелание отставать от товари-

щей, любопытство, ложно понимаемый путь к статусу взрослого человека. Мотивы повторных употреблений алкоголя связаны с желанием испытать «веселое настроение», чувство раскованности, уверенности в себе. Мотивация ранней алкоголизации объясняет частое замещение подростками алкоголя различными суррогатами и другими дурманящими средствами.

В ряде работ, посвященных клинике наркологической патологии у подростков, основное место занимает анализ групповой динамики приобщения к потреблению ПАВ. Развитие аддиктивного поведения при злоупотреблении подростками наркотическими и токсическими веществами (кроме алкоголя) описано В.С. Битенским и соавт. (1989). Ими выделено два пути — поли- и моносубстантный. При полисубстантном аддиктивном поведении подростки пробуют различные токсические вещества, среди которых постепенно выбирают наиболее привлекательное. В случае моносубстантного аддиктивного поведения они злоупотребляют только одним веществом, чаще всего потому, что именно к нему имеется доступ. Этот путь авторами назван первичным мононаркотизмом. По нему развивается зависимость от алкоголя. В качестве примера приводится формирование зависимости к самогону в сельской местности, а также к гашишу в некоторых регионах. Отмечают, что от первых случайных проб подростки переходят к эпизодическому злоупотреблению, а в последующем у них постепенно формируется групповая психическая зависимость.

В.С. Битенский и А.Е. Личко (1991) утверждают, что в дальнейшем другие вещества подростки используют изредка как заменители избранного для злоупотребления средства или усиления его действия. Исследователи выделили следующие этапы развития аддиктивного поведения: первых проб, поискового «полинаркотизма», выбора предпочитаемого вещества. Следует, однако, отметить, что предложенное авторами разделение на этапы является схемой, части которой не всегда четко определяются в каждом отдельном случае наркологического заболевания. Выделение этапов развития злоупотребления подростками наркотическими и токсическими веществами не сопровождалось описанием и анализом клиники отдельных наркологических заболеваний.

А.Е. Личко (1985) определены критерии злоупотребления алкоголем и алкоголизма у подростков. Ранняя алкоголизация проявляется в знакомстве со спиртными напитками в возрасте до 16 лет и регулярном их употреблении в старшем подростковом возрасте. Ранний алкого-

лизм диагностируют при развитии признаков первой стадии болезни до 18 лет.

По наблюдениям Г.М. Энтина и соавт. (1987), из числа подростков, злоупотребляющих алкоголем, к 18 годам алкоголизм формируется у 20%, а к 25–27 годам — у 50%. А.Л. Игонин и Е.Ю. Иконникова (1993) при обследовании 372 подростков, злоупотребляющих алкоголем, диагностировали алкоголизм у 31%, в том числе у 85 человек — I стадию, а у 30 человек — II. По данным, представленным S. Kuppennan (1996), если молодые люди начинали употреблять алкоголь ранее 15 лет, то в возрасте 18–29 лет среди них оказывалось 40% больных алкоголизмом. Если же начало употребления алкоголя происходило после 19 лет, то лишь у 10% лиц формировалась алкогольная зависимость.

В литературе подробно описаны отличия клинической картины раннего алкоголизма от типичных проявлений алкоголизма у взрослых. Отмечается, что они определяются возрастными особенностями психического развития (*Найденова Н.Г.*, 1982; *Личко А.Е. и др.*, 1985; *Гиндикин В.Я.*, *Макушкин Е.В.*, 2007). Обращается внимание на то, что в начальной стадии раннего алкоголизма регулярный прием алкоголя почти всегда происходит в компании сверстников, что обусловлено влиянием реакций группирования. При этом после ухода подростка из группы пьющих злоупотребление алкоголем не прекращается, а сопровождается поисками новой компании, в которой возобновляется регулярное употребление алкоголя.

А.Е. Личко (1985) подробно описал основные и дополнительные признаки I стадии алкоголизма у подростков. К основным признакам отнесены индивидуальная психическая зависимость и стертая картина абстиненции. Последняя, по мнению автора, проявляется в виде резко обостряющегося влечения к алкоголю в сочетании с нерезко выраженной депрессией и достаточно клинически очерченной дисфорией. К дополнительным признакам этой стадии были отнесены угасание защитных рефлексов на передозировку, повышение толерантности к алкоголю, а также социальная дезадаптация.

А.Л. Игонин (1992) отметил, что основные особенности алкоголизма у подростков — размытость симптомов, быстрое развитие компульсивного влечения, отсутствие истинных запоев, быстрый рост и непродолжительная толерантность, ложное опохмеление, плохо выраженная стадийность, частое сочетание с токсикоманией и наркоманией.

П.И. Сидоров и А.В. Митюхляев (1999) указали на существенно более редуцированные проявления абстиненции у несовершеннолет-

них, страдающих алкоголизмом. Этап постабстинентных расстройств у них, как и у взрослых, проявляется в экзацербации патологического влечения к алкоголю в сочетании с разнообразными аффективными расстройствами, зависящими от возраста и преморбидных особенностей личности.

Н.Г. Найденова (1985) отметила, что после проявлений абстинентного синдрома (АС) в виде депрессивно-дисфорических, диссомнических и астенических нарушений, длящихся 3–5 дней, длительное время (до 2 мес) у больных сохраняется патологическое влечение к алкоголю. По мнению А.Л. Игонина (1992), идеаторный компонент влечения к алкоголю у подростков выражен слабее, а аффективный более отчетливо, чем у взрослых.

Отмечено, что для подростков характерно стремление употреблять алкоголь в дозах, которые вызывают состояние тяжелого опьянения. В отличие от взрослых вначале это проявление бравады перед сверстниками, а уже спустя 3–4 мес становится отражением патологического влечения. Помимо этого, палимпсесты у подростков могут наблюдаться уже при первых употреблениях опьяняющих доз алкоголя, то есть еще в период ранней алкоголизации (*Личко А.Е. и др.*, 1985).

Ряд авторов (*Личко А.Е.*, 1985; *Буторина Н.Е.*, 1985; и др.) отмечали изначальное отсутствие рвотного рефлекса у части подростков с ранним алкоголизмом, это объясняется парциальной незрелостью вегетативных механизмов. Данная особенность, а также быстрый рост и увеличение массы тела, по мнению ученых, определяют относительность критерия повышения толерантности к алкоголю у несовершеннолетних.

По мнению А.Е. Личко (1985), утренняя анорексия, свойственная алкоголизму взрослых, у подростков определяется с трудом ввиду их псевдоабстинентного поведения — стремления к опохмелению по утрам из-за следования примеру взрослых.

Помимо этого, к наиболее значимым признакам раннего алкоголизма А.Е. Личко относил быстрое нарастание изменений личности с выраженными эмоционально-волевыми и интеллектуально-мнестическими расстройствами, напоминающими проявления алкогольной энцефалопатии у взрослых.

Отмечено, что симптоматика подросткового алкоголизма отличается нестойкостью и склонностью к быстрому обратному развитию, включая и толерантность к алкоголю (*Сидоров П.И.*, 1984). О регредиентном характере течения болезни у несовершеннолетних, по мнению

П.И. Сидорова и А.В. Митюхляева (1999), свидетельствовало и то, что половина из тех лиц, у которых в подростковом возрасте был диагностирован алкоголизм I стадии, спустя 10 лет не имела признаков заболевания.

Между тем злокачественное протекание алкоголизма у подростков наблюдалось в случаях его развития на неблагоприятной преморбидной основе в виде возбудимого, эпилептоидного или неустойчивого типа акцентуации личности (*Кривенков А.Н.*, 1985; *Личко А.Е.*, *Битенский В.С.*, 1991; и др.).

1.3. ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗМ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, КЛИНИКА ЗАВИСИМОСТИ У ВЗРОСЛЫХ

В последние годы в России наблюдается тенденция к росту распространенности злоупотребления алкоголем в подростковой и молодежной среде, причем предпочитаемый вид спиртных напитков — пиво (*Ойхер Д.Я.*, 2005; *Кошкина Е.А. и др.*, 2007; *Новикова Г.А.*, 2007; *Егоров А.Ю.*, 2008). Эту тенденцию подтверждают также данные А.П. Федулова (2009), который при анализе структуры потребляемых напитков установил, что пиво занимает первое место среди всех потребляемых учащимися напитков как в Москве, так и в России в целом.

Статистические данные свидетельствуют о том, что за период с 1997 по 2005 г. производство пива в Российской Федерации увеличилось в 4 раза, а его потребление — почти в 3 раза и составило 62 л на человека в год. Уровень производства и потребления водки и ликеро-водочных изделий за этот период почти не изменился.

Среди основных причин роста потребления пива среди подростков И.А. Бабюк и соавт. (2010) указывают на высокую его доступность, влияние рекламы, отсутствие выраженных нарушений поведения и работоспособности при употреблении пива, убежденность значительной части населения в безопасности и даже полезности этого напитка.

Проводились исследования по сравнительному анализу психофизиологических эффектов крепких и слабоалкогольных (пиво, джин-тоник) алкогольных напитков, при этом было показано, что легкие напитки так же быстро, как и водка, могут способствовать развитию алкоголизма (*Нужный В.П. и др.*, 2003).

В.П. Нужный и В.В. Рожанец (2007) констатировали, что алкоголизм у лиц, злоупотребляющих пивом, характеризуется высокой прогредиентностью и толерантностью, а также постоянным и интенсивным характером первичного патологического влечения к алкоголю. Соматическая патология у них обнаруживается на самых ранних этапах заболевания, нередко опережая появление психопатологических расстройств. Вместе с тем у таких больных слабо выражены интеллектуально-мнестические и нравственно-этические изменения личности. В отличие от общей популяции больных алкоголизмом они длительное время остаются интеллектуально сохранными и профессионально состоятельными. У них значительно реже бывают эпизоды тяжелого алкогольного опьянения и аномального поведения.

Исследование, проведенное А.А. Ковалевым и Ю.В. Валентиком (2007), отражало своеобразие инициальных проявлений пивного алкоголизма у лиц зрелого возраста. Ими было обследовано 78 больных с указанной патологией в возрасте от 18 до 55 лет. На самых ранних этапах заболевания отмечены преимущественно соматические нарушения, опережающие психопатологические расстройства и имеющие тенденцию к утяжелению при отсутствии адекватной терапии основного заболевания.

А.А. Ковалев и Ю.В. Валентик (2008) подробно описали многообразные нарушения внутренних органов у взрослых, больных пивным алкоголизмом, а именно: патологию печени, варикозное расширение вен и границ сердца, повышенный уровень артериального давления, различные расстройства со стороны половой системы. Было отмечено, что пивному алкоголизму сопутствуют ожирение или дефицит массы тела, мышечная дистрофия, гиперемия и отечность кожи лица, телеангиоэктазии, пальмарная эритема.

Многообразные нарушения функционирования внутренних органов у мужчин, страдающих пивным алкоголизмом, выявлены М.А. Базадзе и соавт. (2009). Описаны патологические изменения биохимического анализа крови, гипертензия, тахикардия, угнетение аппетита. Установлено, что тяжелые соматические симптомы обусловлены двумя основными факторами — большими объемами выпиваемого пива (до 20–40 л в сутки) и связанной с этим дополнительной интоксикацией веществами, входящими в его состав.

Научные исследования подтвердили возникновение при пивном алкоголизме неврологических нарушений. У лиц, зависимых от пива, при магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга выя-

вили повреждение мозговой ткани в виде центрального понтинного миелинолиза. М.А. Базадзе и соавт. (2009) при обследовании мужчин, страдающих пивным алкоголизмом, были обнаружены цефалгии, нарушения формулы сна, генерализованный тремор.

Г.П. Павловская и Ю.Н. Ружников (2004) на небольшом материале (20 человек) описали несколько форм пивного алкоголизма. Ими выделены три группы больных в зависимости от происхождения и характера форм заболевания. В 1-ю группу вошли лица, употребляющие только пиво на протяжении многих лет в больших дозах, во 2-ю — больные наркоманиями, находящиеся в стадии ремиссии и употребляющие ежедневно пиво в больших дозах, в 3-ю — больные алкоголизмом, перешедшие с приема крепких спиртных напитков на постоянное употребление пива.

По утверждению этих исследователей, употребление при пивном алкоголизме носит постоянный характер. Удлинение периода возникновения I стадии заболевания обусловлено наличием в пиве достаточно высокой концентрации витамина B_1, который играет роль протектора, уменьшая токсическое действие этанола. В частности, B_1 отодвигает развитие абстинентного синдрома и выраженной психической зависимости от алкоголя. Поэтому больные обращаются за помощью поздно, когда на первый план выступает уже психическая зависимость. Абстинентный синдром ярко не выражен, поскольку форма употребления постоянная и данный синдром в полной мере проявляется лишь в стационаре на фоне полного отказа от пива. Пивной алкоголизм, как правило, развивается при употреблении крепких сортов пива (от 6–12% и выше) и при высоких ежедневных дозах (5–7 л).

А.А. Ковалевым (2009) отмечено, что осевые клинические признаки пивного алкоголизма [патологическое влечение к алкоголю, алкогольный абстинентный синдром (ААС), алкогольная деградация личности] обусловлены взаимодействием экзогенного токсического фактора с некоторыми преморбидными, биологическими и средовыми параметрами. Установлено, что развитие ААС происходит в быстром темпе, а его структура отличается высокой степенью тяжести и полиморфизмом клинических проявлений. На II стадии в клинической картине ААС преобладают соматовегетативные и неврологические расстройства, на II–III и III стадиях облигатным становится психопатологический компонент, а соматовегетативная и неврологическая симптоматика носят факультативный характер. В другой работе автор установил, что на всем протяжении заболевания отмечается транс-

формация форм злоупотребления пивом. Так, в его дебюте превалируют частые однодневные эксцессы, I–II стадия характеризуется преобладанием псевдозапойной формы, II — постоянным пьянством с высокой толерантностью, а II–III и III стадии — истинными запоями. У взрослых, больных пивным алкоголизмом, в отличие от общей популяции больных алкогольной зависимостью патологическое влечение к этанолу на всех стадиях болезни постоянно характеризуется высокой интенсивностью, как правило, не сопровождается борьбой мотивов и быстро реализуется. Оно тесно связано с личностным преморбидом. Наибольшая интенсивность отмечена у больных с неустойчивыми, синтонными, истерическими и возбудимыми характерологическими чертами. В клинической картине алкогольного опьянения отчетливо выражены седативный и эйфорический эффекты, при измененных формах преобладает эксплозивный вариант.

М.А. Базадзе и соавт. (2009) изучены клинико-динамические особенности формирования запойных форм злоупотребления алкоголем при пивном алкоголизме у 45 мужчин в возрасте от 30 до 40 лет. Установлено, что синдром отмены формируется стремительно (у 40% больных в срок до 3 лет). Желаемой степени опьянения больные достигают употреблением пива в количестве, в 5–10 раз превышающем таковое на этапе систематического злоупотребления. По мнению авторов, у большинства пациентов с пивным алкоголизмом структуру ААС отличают яркость, высокая степень тяжести и полиморфизм клинических проявлений. Для него характерны боли в области печени, желудка, почек, сердца, головные боли, артериальная гипертензия, тахикардия, электрокардиографические признаки сердечной патологии. К специфическим особенностям изменений личности у взрослых больных со сформированной пивной зависимостью, в отличие от общей популяции больных алкоголизмом, они относят сравнительно меньшую выраженность интеллектуально-мнестических нарушений даже на отдаленных этапах заболевания: больные длительное время проявляют относительную интеллектуальную сохранность и профессиональную состоятельность. Клинические проявления личностных изменений находятся в прямой зависимости от преморбидных характерологических особенностей. Преобладают изменения, связанные с обострением преморбидных черт. Отличительная особенность пивного алкоголизма у взрослых — позднее наступление социальных последствий по сравнению с тяжестью собственно клинических симптомов (синдромов) заболевания.

Заслуживает внимания тот факт, что систематических изысканий клиники пивного алкоголизма у несовершеннолетних, проведенных на репрезентативном клиническом материале и анализирующих в полном объеме основополагающие проявления зависимости, к настоящему времени не проводилось. Вместе с тем в литературе можно встретить немногочисленные исследования, касающиеся описания отдельных симптомов, которые, понятно, не дают целостной картины болезненного процесса.

Так, показана достаточно высокая толерантность к алкоголю у значительной части подростков. По данным А.В. Волкова (2007), более половины из 4500 опрошенных могут выпить одномоментно 500 мл пива и более. В исследовании, проведенном А.В. Худяковым и А.В. Урсу (2008), на способность выпить более 1 л пива указали 9% подростков в возрасте 13 лет, 22% — 15 лет, 42% — 17 лет.

Показано, что предпочитающие легкие алкогольные напитки, в частности, пиво, обычно употребляют их в компании сверстников, на дискотеках, днях рождения, «чтобы утолить жажду летом», достаточно редко в одиночестве (*Егоров А.Ю., Игумнов С.А.*, 2005). Авторы также обнаружили у подростков, употребляющих пиво, полную анозогнозию и отсутствие желания лечиться. Важным представляется, что более чем у половины обследованных авторы отметили эпизодическое комбинированное употребление алкоголя с наркотическими или токсическими веществами. Предпочтение при этом отдавалось гашишу (более 50% случаев). Большинство подростков (88,8%) совмещали прием наркотиков именно с легкими алкогольными напитками. Последнее обстоятельство согласуется с данными о значительном числе больных полинаркоманией, а также лиц, употребляющих наркотики в сочетании с преимущественно легкими алкогольными напитками (*Савченков С.В. и др.*, 2000).

Таким образом, анализ специальной литературы свидетельствует о том, что проблема пивного алкоголизма в нашей стране становится все более актуальной, особенно среди подростков и молодежи. Рост числа больных алкоголизмом среди подростков делает эту проблему одной из важнейших, имеющей не только медицинское, но и общегосударственное, социальное значение. Проводимые научные исследования касались до сих пор преимущественно больных пивным алкоголизмом зрелого возраста. По их результатам его изучения у взрослых установлена несостоятельность мнения о легком течении данного заболевания. Исследований, посвященных изучению особенностей

формирования пивного алкоголизма у подростков, явно недостаточно. Как показывает обсуждение отечественной литературы, имеющиеся сведения касаются в основном эпидемиологических аспектов проблемы. Данных о клиническом своеобразии пивного алкоголизма у подростков немного и носят они разрозненный характер.

1.4. КЛИНИЧЕСКОЕ СВОЕОБРАЗИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНОПЛИ У ПОДРОСТКОВ

Результаты исследований, проведенных в России и других странах СНГ, показали, что наркотики, приготовленные из конопли, составляют 62,5% в структуре употребляемых наркотических веществ. Приобщение к наркотикам в 62% случаев начинается с препаратов конопли (*Гульдан В.В.*, 1990; *Мирошниченко Л.Д.*, *Туманов В.И.*, 1994; *Гришко А.Я.*, 1999; *Гурвич И.Н.*, 2001). Специальная литература располагает небольшим количеством публикаций, посвященных проблемам формирования гашишной наркомании (*Коломеец А.А.*, 1985; *Дурандина А.И.*, *Токсомбаев Т.Н.*, 1988; *Иванова Т.В.*, 1991; *Ялтонский В.М.* и др. 1991; *Дурандина А.И. и др.*, 1992; *Абшаихова У.А.*, 1992; *Лукачер Г.Я.*, *Макшанцева Н.В.*, 1998; *Bovasso G.B.*, 2001).

Влияние врожденных или приобретенных в преморбидном периоде органических поражений центральной нервной системы (ЦНС) на скорость формирования и развития наркомании неоднозначно. Так, М.Г. Гулямов, А.В. Погосов (1987) отмечают, что у больных гашишной наркоманией перенесенные в преморбиде черепно-мозговые травмы и нейроинфекции способствуют формированию постинтоксикационных нарушений и абстинентного синдрома в выраженных и более грубых проявлениях, чем в случаях неосложненного преморбида.

По мнению И.Н. Пятницкой (1994), действие гашиша в большей степени, чем у других наркотиков, зависит от установки на ожидаемый эффект. Но и при наличии соответствующей установки первое в жизни курение гашиша может не вызывать никаких ощущений. Лишь после 2–3-го раза возникает эйфория. Кроме того, первые пробы курения в ряде случаев сопровождаются рядом неприятных ощущений: сухостью во рту и носоглотке, стеснением в груди, затруднением дыхания. Могут возникнуть учащенное сердцебиение, головокружение, звон и шум в ушах, тошнота и рвота. Настроение

становится подавленным или тревожным. По мере формирования зависимости картина гашишного опьянения меняется. В инициальном периоде через несколько минут после курения появляется приятное ощущение тепла во всем теле, особой легкости, утраты собственного веса. Движения воспринимаются свободными, не требующими особых усилий, хотя координация их грубо не нарушается. А.Е. Личко и В.С. Битенский (1991) обозначили эти расстройства как «соматическую аутодеперсонализацию». Опьянение, как правило, сопровождается приподнятым настроением с дурашливостью и маломотивированной смешливостью. Наблюдаются разнообразные психосенсорные расстройства, проявляющиеся в изменении восприятия окружающего и времени. Состояние опьянения сопровождается вегетативными нарушениями (сухость во рту, блеск глаз, гиперемия склер, расширение зрачков). Длительность легкого опьянения зависит от дозы поступившего в организм наркотика, продолжается от 0,5 ч до нескольких часов (*Личко А.Е.*, *Битенский В.С.*, 1991; *Пятницкая И.Н.*, 1994, 2004). В дальнейшем отмечаются усталость, повышенная сонливость. В последующие 3–4 сут наблюдаются астеническая симптоматика, эмоциональная лабильность, раздражительность, пониженный фон настроения. В ряде случаев в инициальном периоде опьянения возникновению эйфории предшествует кратковременное состояние тревоги. При увеличении дозы гашиша возможны смена эйфории страхом и растерянностью, появление неудержимого и плохо контролируемого потока бессвязных мыслей, грубые нарушения восприятия времени и пространства.

Среди особенностей состояния гашишной интоксикации у подростков описываются психотические эпизоды. Отмечено, что они могут наблюдаться до формирования первых признаков зависимости при передозировке или повышенной чувствительности к препаратам конопли. Психотическое состояние при этом характеризуется психомоторным возбуждением, страхом, наличием галлюцинаций — слуховых, сценоподобных зрительных, нередко фантастического содержания. В литературе описаны различные формы психотического опьянения при гашишной интоксикации: делирий, делириозно-онейроидный синдром, состояние спутанности, сумеречные состояния, острый параноид (*Опря Н.Я.*, *Опря Н.Н.*, 1987; *Илешева Р.Г.*, *Измайлова Н.Т.*, 1988; *Личко А.Е.*, *Битенский В.С.*, 1991). Гашишные психозы нередко сопровождаются тяжелыми дисфорическими состояниями, немотивированной агрессивностью. Продолжительность острых психозов, вызванных

гашишной интоксикацией, — от нескольких часов до нескольких дней.

Эпизодическое курение препаратов конопли может быть достаточно длительным. Даже в течение 2–3 лет оно может не сопровождаться формированием психической зависимости. Многие подростки употребляют гашиш (марихуану) нерегулярно, только когда соберется «своя» компания, наблюдается так называемая «групповая психическая зависимость», описанная А.Е. Личко и В.С. Битенским (1991). Установлено, что более половины потребителей, даже среди тех, кто многократно и довольно регулярно курил препараты конопли, со временем бросают гашиш. Часть из них переходит к употреблению более наркогенных средств, некоторая часть — к злоупотреблению алкоголем.

При ежедневном или почти ежедневном курении гашиша уже через 1–2 мес появляются признаки психической зависимости (вялость, сонливость, снижение настроения, мысли о наркотике и желание покурить). Отмечается рост толерантности. Выкуривают в день сначала по 2–3, а затем 4–5 и более папирос с гашишем. Количество папирос, выкуренных за день, постепенно увеличивается, употребляются более крепкие сорта гашиша, курение становится более интенсивным.

В начале курение, как правило, носит групповой характер. У подростков такой характер курения конопли сохраняется довольно долго. По мере развития зависимости подростки начинают курить гашиш в одиночестве. Если в начале курение в группе приводило к усилению смешливости, то постепенно наличие посторонних лиц начинает мешать эйфории. На этом этапе в состоянии интоксикации больные выглядят безразличными, безучастными, отрешенными от действительности. На обращение к ним отвечают с раздражением. Интоксикация сопровождается наплывом грезоподобных переживаний, больные словно переносятся в мир грез и фантазий, полностью исчезают все неприятные переживания.

В.И. Михайлов (1982) подробно описал инициальные этапы формирования гашишной наркомании, выявил особенности опьянения, постинтоксикационных состояний. Он, в частности, указал, что первые эпизодические употребления наркотика у подростков относятся к возрасту 14–16 лет. По его мнению, чем раньше начато употребление гашиша, тем злокачественнее будет течение наркомании, тяжелее будут медико-социальные последствия. Особенности клиники гашишной наркомании у подростков наблюдаются уже на этапе эпизодического употребления гашиша. Мотив к началу курения наркотика — стремле-

ние к подражанию, поэтому начало курения носит групповой характер. Длительность эпизодического употребления не превышает 3–6 мес. Наркотическое опьянение у несовершеннолетних характеризуется слабой выраженностью эйфории, легким и быстрым наступлением глубоких форм опьянения, сопровождающихся отчетливой сухостью во рту и глотке, головокружением, нередко тошнотой и рвотой. В отличие от радости и восторга, отмечаемых у взрослых, у подростков в состоянии наркотического опьянения на первый план выступают вегетативная симптоматика, психомоторная заторможенность, дереализационные и сенестопатические проявления. Отмечено, чем раньше подросток впервые пробует анашу, тем чаще у него отмечаются измененные формы гашишного опьянения.

Для постинтоксикационных нарушений в этот период характерны кратковременные (2–4 ч) состояния эмоциональной лабильности, раздражительности, истощаемости. Полное исчезновение этих симптомов обычно отмечается в течение суток.

Через 2–3 года регулярного употребления формируется физическая зависимость от наркотика (*Мохначев С.О., Кинкулькина М.А.*, 2008). Абстинентный синдром характеризуется ощущением недомогания, усталости, разбитости, отсутствием аппетита, наличием тремора, потливости, сердцебиения. Наблюдаются также пониженное настроение, раздражительность, злобность, дисфоричность. Депрессия может сопровождаться тревогой и страхами. Иногда отмечается бессонница. Характерными являются сенестопатии: возникают тяжесть и стеснение в груди, затрудненное дыхание, боли и сжимание в области сердца, сжатие и сдавление головы, особенно в темени и висках. На коже и под кожей — ощущения жжения, покалывания, дерганья. Выражено компульсивное влечение к наркотику. А.А. Коломеец (1985) отмечает, что в структуре гашишного абстинентного синдрома могут наблюдаться неинтенсивные, но стойкие болевые ощущения в мышцах и суставах, диспепсические расстройства. Иногда гашишная абстиненция исчерпывается расстройствами настроения и раздражительностью, но компульсивное влечение к наркотику всегда выражено. В редких случаях могут наблюдаться гашишные абстинентные психозы — делирии, сходные по клинической картине с алкогольными. Апогей гашишного абстинентного синдрома — на 3–5-е сутки, продолжительность в среднем — 14 сут (*Пятницкая И.Н.*, 1994).

Хроническая интоксикация гашишем приводит к изменениям личности больных, у которых развивается «амотивационный син-

дром»: они становятся пассивными, вялыми, замкнутыми, угрюмыми (*Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.*, 1994).

Исследования T.W. Estroff, M.S. Gold (1986), K. Das, V.K. Varma, A.K. Malhorta и соавт. (1988) показали, что хронические потребители конопли обладают замедленной реакцией при решении перцептивно-моторных задач, оказываются недееспособными в решении профессиональных, социальных и личных проблем.

М.Г. Чухрова и соавт. (2004), изучая клинику зависимости у взрослых больных, выделили несколько вариантов течения гашишной наркомании: стимулирующий, классический, эйфоризирующий и псевдоэпизодический.

М.Г. Гулямов, А.В. Погосов (1987) различают три типа течения гашишной наркомании. В основе их лежат три критерия: продолжительность периода эпизодического употребления гашиша; интенсивность ежедневного приема наркотика в начальном периоде его систематического употребления и продолжительность периода формирования патологического влечения.

Для малопрогредиентного типа течения гашишной наркомании характерны: относительно продолжительный период эпизодического употребления гашиша; ежедневный прием гашиша в начальный период не более 1–3 сигарет в день и продолжительность периода формирования патологического влечения, превышающая 6 мес. Начальные проявления социальной дезадаптации больных связаны с постепенно возникающими личностными изменениями с нерезко выраженным морально-этическим и интеллектуально-мнестическим снижением.

Умеренно-прогредиентный тип течения наблюдается у лиц с девиациями преморбида, а также отрицательными микросоциальными факторами. Употребление гашиша начинается в более раннем возрасте. В начальном периоде систематического употребления ежедневно выкуривается 4–8 сигарет, содержащих гашиш. Период эпизодического употребления наркотика длится 4–7 мес; формирование патологического влечения продолжается 3–6 мес.

Активно-прогредиентный тип течения гашишной наркомании наблюдается у лиц с преморбидными аномалиями личности, крайне неблагоприятным микросоциальным окружением. Часто первые употребления наркотика отмечаются уже в подростковом возрасте, продолжительность периода эпизодического употребления гашиша сокращается до 1–3 мес, ежедневный прием в начальном периоде систематического употребления составляет 8 и более сигарет с наркотиком в день, а формирование

патологического влечения происходит за 2 мес. Для данного контингента больных характерны резкие изменения личности, быстро приводящие к нарушению социальной адаптации.

В связи с тем, что для этого этапа не характерны явные признаки нарушения социальной адаптации, малая их выраженность не приводит к настороженности со стороны родителей и педагогических коллективов, подростки на ранних этапах гашишной наркомании часто выпадают из поля зрения наркологов. Переход подростков к систематическому употреблению гашиша зависит от его эйфоризирующего действия. Для формирования I стадии гашишной наркомании у подростков характерен быстрый переход к систематическому употреблению наркотика — до 3–5 раз в нед. Наряду с этим отмечается 3–4-кратное нарастание толерантности, что приводит к возрастанию дозы от 1–2 затяжек до 3–4 сигарет с гашишем за сутки. Наблюдаемые в опьянении при эпизодическом употреблении гашиша вегетативные нарушения при формировании I стадии наркомании сменяются приятными психическими переживаниями в виде теплоты, разливающейся по всему телу, легкости, радости, довольства. Окружающее воспринимается в ярких красках, ускоряется течение мыслей. Опьянение удлиняется до 1–2 ч, по истечении которых эмоциональная лабильность, раздражительность, астеническая симптоматика, пониженный фон настроения, наблюдаемые в постинтоксикационный период, держатся до 3–4 сут.

Одним из опасных последствий курения гашиша (марихуаны) является то, что оно открывает путь к дальнейшему злоупотреблению более сильными наркотиками.

1.5. ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Резкий рост алкоголизма и наркоманий среди несовершеннолетних, отмечающийся в Российской Федерации с начала 90-х годов XX в., потребовал разработки и внедрения мероприятий по предупреждению дальнейшего увеличения количества больных, страдающих этими заболеваниями (*Гузиков Б.М., Вдовиченко А.А.*, 1993; *Кулаков С.А.*,

1996; *Вострокнутов Н.В., Тростанецкая Г.Н.*, 1998; *Менделевич В.Д. и др.*, 2001; *Дудко Т.Н.*, 2002). На основе анализа существующих подходов к профилактике употребления наркотиков (*Романова О.Л.*, 1996; *Ялтонский В.М., Сирота Н.А.*, 1996; *Пелипас В.Е. и др.*, 2001) разработаны программы профилактики наркомании среди подростков и молодежи (*Гурвич И.Н.*, 2000; *Самошкин А.А., Васильев И.Б.*, 2001; *Бескова Е.А.*, 2001; *Коткина Е.В.*, 2002; *Ялтонский В.М., Сирота Н.А.*, 2008), описаны основные направления предупреждения подростковой и юношеской наркомании (*Лисецкий К.С.*, 1999; *Березин С.В. и др.*, 2000; *Кривенков А.Н.*, 2001), особенности фармако- и психореабилитации подростков с аддиктивным поведением (*Битенский В.С.*, 1994; *Надеждин А.В.*, 2002; *Найденова Н.Г.*, 2005), предложены мероприятия для родителей подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами (*Кулаков С.А.*, 2000; *Городнова М.Ю., Ваисов С.Б.*, 2001).

С начала 2000-х годов первичная антинаркотическая профилактическая работа стала прерогативой образовательных учреждений, а Министерство образования Российской Федерации определено ведущим ведомством, отвечающим за первичную профилактику злоупотребления несовершеннолетними ПАВ. Это обусловлено наличием в образовательных учреждениях огромного потенциала по влиянию на развитие личности ребенка, доступу к семье ребенка и возможностями воздействия на семейную ситуацию в целом (*Шипицына Л.М.*, 2002).

В связи с этим был опубликован ряд работ, касающихся новых форм и методов профилактики зависимости от ПАВ. Разработана концепция профилактики злоупотребления ПАВ в образовательной среде (*Дудко Т.Н. и др.*, 2002). Она предусматривает комплексный подход к решению проблем предупреждения наркомании во всех основных сферах жизнедеятельности детей, подростков и молодежи (семья, образовательные учреждения, досуг). Авторы подчеркивают, что профилактическая работа должна быть обращена к подросткам, которые еще не сталкивались с ситуацией наркотизации (первичная профилактика), которые начали «экспериментировать» с наркотиками (вторичная профилактика), к тем, у кого сформировалась наркозависимость (третичная профилактика, или реабилитация).

Выделены следующие подходы к профилактике в зависимости от тактики работы: информационный; основанные на эмоциональном обучении, формировании жизненных навыков, учете роли социальных факторов, альтернативной наркотикам деятельности, укреплении

здоровья. Описаны две стратегии профилактики наркозависимости: негативно-ориентированная и позитивная. Цель последней — воспитание у подростка способности справляться с собственными психологическими затруднениями и жизненными проблемами без приема ПАВ (*Шипицына Л.М.*, 2002).

Первичная профилактика злоупотребления ПАВ подростками имеет комплексный характер (*Погосов А.В.*, *Филатова Т.А.*, 2011). Выделяют образовательный, социальный, психологический и медицинский ее аспекты. Значительная роль в рамках комплексной первичной профилактики отводится раннему выявлению потребителей ПАВ среди подростков. Дудко Т.Н. с соавт. (2001) описывают систему раннего выявления детей и молодежи, приобщающихся к употреблению ПАВ в местах досуга, семьях и учебных заведениях, и оказание им консультативной, воспитательной и психокоррекционной помощи. Для этого авторы рекомендуют использовать следующие методы: клинико-психопатологический, вещественных признаков, поведенческих признаков, иммуно-хроматографический.

В работе с подростками рекомендуется обеспечивать формирование психологической компетентности и выработку личностной и социальной позиции в отношении злоупотребления ПАВ (*Слободчиков В.И.*, 2003).

Центром профилактики аддиктивного поведения у детей и молодежи Минобразования России предложены формы работы с молодежью по первичной профилактике злоупотребления ПАВ (2002). Среди них выделяют анкетирование, интервью, беседы в фокус-группах, деловые игры и упражнения, изучение обычаев, контент-анализ, доклад или сообщение по теме, самоотчеты, анализ документов. Особое внимание обращают на психологическое консультирование подростков, моделирование проблемных ситуаций, методы групповой работы. Авторы предлагают использовать в профилактике такие методы групповой работы, как сравнительный анализ индивидуальной и групповой деятельности, групповая тематическая дискуссия, «мозговой штурм», ролевая игра, тренинг. Цели тренинга по профилактике злоупотребления ПАВ: помощь подросткам в исследовании и решении психологических проблем; улучшение психического здоровья; изучение психологических основ общения; развитие самосознания с целью самоизменения и коррекции поведения; содействие личностному росту и саморазвитию. Тренинг по профилактике злоупотребления ПАВ представляет собой обучающую работу в активной (игровой) форме с элементами

психокоррекции. В ходе тренингов у подростков повышается уровень информированности по проблемам, связанным с наркозависимостью, вырабатываются и развиваются навыки предотвращения зависимости от ПАВ (*Пережогин Л.О. и др.*, 2002).

Опубликовано большое количество рекомендаций по проведению профилактических мероприятий, которые адресуются молодежи и специалистам, работающим с молодежью (*Мельников В.Ф.*, 2005; *Соборникова Е.А.*, 2008). В методическом руководстве по проведению тренинга профилактики социально-дезадаптивного поведения у подростков «Мой выбор» предлагается проводить работу в рамках трех модулей (*Слободчиков В.И. и др.*, 2003). В первом информационно-образовательном модуле «Психологические особенности подросткового и юношеского возраста» специалисты изучают ситуации и проблемы развития в подростковом и юношеском возрасте, рассматривают подростковый и юношеский периоды как «зону риска» зависимости от ПАВ. Во втором модуле проводят интерактивный тренинг «Мой выбор», в ходе которого используют дискуссии на темы «Ценности свободного человека», «Искусство против наркотиков», упражнения «Мифы о молодежи», ролевые игры. В третьем модуле участники осуществляют рефлексивное оформление результатов тренинга.

Особое значение в профилактике злоупотребления ПАВ имеет межведомственное взаимодействие государственных, общественных и религиозных организаций (*Сергеев А.Н., Целинский Б.П.*, 2002). В методическом пособии «Межведомственное взаимодействие государственных, муниципальных, общественных и религиозных организаций» описаны основные направления деятельности различных ведомств (образование, здравоохранение, социальная защита, органы внутренних дел), осуществляющих профилактическую работу, и общественных организаций, деятельность которых направлена на реализацию и поддержку программ профилактики злоупотребления ПАВ (*Слободчиков В.И. и др.*, 2004).

С целью совершенствования межведомственного взаимодействия разрабатываются программы обучающих семинаров для представителей организаций — субъектов профилактики наркологической патологии подростков [педагоги, сотрудники инспекции по делам несовершеннолетних Управления Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков (УФСКН), комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав] (*Погосов А.В., Голощапов И.В., Аносова Е.В.*, 2011).

Предложена методология создания и применения антинаркотических материалов для средств массовой информации с учетом особенностей восприятия подростков и молодежи (*Колесов Д.В. и др.*, 2003). Авторы подчеркивают целесообразность создания качественной антинаркотической информационной среды, а также указывают на то, что у подростков необходимо формировать внутренние антинаркотические барьеры личности, негативное отношение к приему наркотиков.

Разработаны образовательные программы по организации деятельности центров и кабинетов по профилактике злоупотребления ПАВ подростками и молодежью (*Слободчиков В.И. и др.*, 2002). Основные направления развития их работы — образовательные и социокультурные программы; психолого-педагогическая поддержка, разработка молодежных проектов, экспертная деятельность в системе профилактики.

Ю.В. Валентик и др. (2003) излагают концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ. Реабилитация наркозависимых, или третичная профилактика злоупотребления ПАВ проводится среди больных наркоманиями и токсикоманиями и направлена на предотвращение рецидивов заболевания. Она предполагает проведение комплекса мероприятий, способствующих восстановлению личностного и социального статуса больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, и возвращение их в семью, образовательное учреждение, к общественно полезной деятельности (*Шипицына Л.М.*, 2003). Автор в профилактической работе предлагает сделать акцент на усилении защитных факторов: личностных защитных механизмов, развитии прочных внутриличностных антинаркотических барьеров, успешной социализации.

Продолжительность реабилитации несовершеннолетних с зависимостью от ПАВ обусловливается тяжестью заболевания, возрастом начала болезни. Реабилитация больных подростков должна быть комплексной и в значительной степени педагогической и воспитательной деятельностью. Она должна осуществляться бригадой специалистов — педагогов, психологов, медицинских и социальных работников (*Сирота Н.А., Ялтонский В.М.*, 2008).

В специальной литературе подчеркивается, что эффективные для реабилитации взрослых, зависимых от ПАВ, традиционные терапевтические сообщества с жестким режимом, основанным на авторитарности, подвергаются критике, когда речь идет о реабилитации дезадаптированных подростков, злоупотребляющих ПАВ. В этих случаях наиболее адекватны структуры, создающие «заботящуюся»

реабилитационную среду (*Валентик Ю.В. и др.*, 2003). Программы реабилитации подростков предполагают не только работу, направленную против зависимости от ПАВ и разработку способов ее преодоления, но и работу над самим собой. Последняя понимается как самопознание и поиск способов самореализации, альтернативных приему ПАВ. Авторы включают в реабилитационную программу следующие мероприятия: индивидуальную и групповую терапию; групповые тренинги, групповую творческую и спортивную деятельность, туристические группы, сотрудничество с родителями (встречи родителей, семейная психотерапия), контакты с внешней средой (начало трудовой деятельности с помощью тех, кто заканчивает лечение, участие в общественных организациях).

Особое значение придается уровню реабилитационного потенциала подростков. Его составляющими являются преморбидная информация о подростке от рождения до начала употребления ПАВ, клинические особенности злоупотребления ПАВ, особенности социального статуса и социальных последствий употребления ПАВ, личностные особенности реабилитируемого подростка. В зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала подростки могут быть разделены на три группы: с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала. Отмечено, что реабилитационный потенциал не остается на постоянном уровне, он увеличивается или уменьшается в зависимости от выбора и осуществления ими той или иной линии поведения, ориентированной на употребление или неупотребление ПАВ (*Валентик Ю.В.*, 2003).

В литературе подробно описаны основные принципы реализации профилактических программ для подростков: добровольное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях, конфиденциальность, системность, этапность, позитивная направленность. Отмечена необходимость включения в реабилитацию значимых лиц, формирования реабилитационной среды и реорганизации микросоциальной среды (*Сирота Н.А.*, *Ялтонский В.М.*, 2008). Реабилитация подростков может осуществляться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Предпочтение следует отдавать проведению комплексной, стационарно-амбулаторной программы реабилитации (*Валентик Ю.В.*, 2003).

Современный подход к решению проблемы злоупотребления ПАВ системный (*Дудко Т.Н.*, 2008) и предполагает приоритет профилактической работы. При этом в основу профилактики положен принцип

опережающего обучения — то есть целевая подготовка детей организуется заблаговременно, предваряя реальный этап возможного наркогенного заражения, и учитывает факторы, влияющие на возможное формирование аддиктивного поведения, более актуальные для последующего возраста.

В настоящее время особое внимание уделяется профилактической работе в условиях образовательных учреждений. При этом целесообразно включение в профилактические мероприятия представителей других субъектов профилактики: инспекции по делам несовершеннолетних, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, лечебно-профилактические учреждения педиатрического профиля (*Погосов А.В.*, *Аносова Е.В.*, 2010).

Заканчивая данный раздел главы, необходимо сказать о том, что трансформация в настоящее время наркологический патологии у несовершеннолетних (рост числа подростков, злоупотребляющих пивом, больных сочетанными формами наркотических зависимостей) требует разработки как новых способов раннего выявления потребителей ПАВ, так и эффективных методов реабилитации лиц подросткового возраста, страдающих пивным алкоголизмом, гашишной наркоманией, сочетанными формами зависимостей.

* * *

С 2005 по 2012 г. обследовано 160 подростков мужского пола — потребителей пива и конопли, 140 (87%) из них в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, 12 (8%) — при проведении военной стационарной экспертизы, 8 (3%) — в Центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей. Возраст подростков колебался в пределах 15–18 лет.

Критерием включения в исследование стали диагнозы: синдром зависимости вследствие употребления алкоголя (F10.2 по МКБ-10), синдром зависимости вследствие употребления каннабиноидов (гашишная наркомания) (F12.2 по МКБ-10), синдром зависимости вследствие сочетанного употребления алкоголя и каннабиноидов (пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией) (F19.2 по МКБ-10).

Критериями исключения из исследования были коморбидная психическая (шизофрения, аффективные и невротические расстройства, эпилептическая болезнь) и наркологическая (другие наркомании, токсикомании) патология, сопутствующие соматические заболевания.

Все обследованные подростки были разделены на четыре группы: 1-ю группу составили 60 подростков с диагнозом «пивной алкоголизм»,

2-ю — 20 подростков с диагнозом «гашишная наркомания», в 3-ю группу включены 60 подростков с диагнозом «пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией», в 4-ю — 20 человек с алкоголизмом, связанным с употреблением пива и крепких спиртных напитков (водка, суррогаты алкоголя).

При проведении исследования использовали в качестве основных методов: клинико-психопатологический (оценка симптомов и синдромов в различные периоды заболевания); клинико-динамический (оценка динамики клинических характеристик заболевания); клинико-катамнестический (ретардированная оценка динамики клинических характеристик заболевания); экспериментально-психологический (диагностика индивидуально-личностных особенностей и познавательных процессов).

Клинико-психопатологическое исследование проводили по схеме, предусматривающей исследование анамнеза жизни и анамнеза заболевания, объективного статуса (соматического, неврологического, психического).

Индивидуально-личностные особенности изучали посредством наблюдения диагностической беседы по А.Е. Личко, а также с помощью патохарактерологического диагностического опросника для подростков (ПДО) Личко–Иванова. Результаты беседы и наблюдения были дополнены информацией, предоставленной родственниками подростков, сведениями из медицинской документации, психолого-педагогических характеристик, материалов уголовных дел.

Клиническая картина заболевания в обозначенных группах изучалась с учетом существующих в отечественной специальной литературе представлений о клинико-синдромологических характеристиках болезней зависимости (*Пятницкая И.Н.*, 1994; *Погосов А.В.*, 1998; *Иванец Н.Н., Винникова М.А.*, 2008; *Рохлина М.Л.*, 2008; *Альтшулер В.Б.*, 2010).

В диагностике также использован предложенный нами ряд критериев, свойственных синдромам измененной реактивности, патологического влечения и изменений личности (*Погосов А.В., Аносова Е.В.*, 2010, 2011).

По Международной классификации болезней (10-й пересмотр) «Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике)» (ВОЗ, Россия, Санкт-Петербург: Оверлайд, 1994) диагноз обследованных больных укладывался в рамки «Психических и поведенческих расстройств в результате употребления психоактивных веществ» (F10; F12; F19).

При диагностике пивного алкоголизма и гашишной наркомании руководствовались МКБ-10, Национальным руководством по наркологии (*Альтшулер В.Б.*, *Кравченко С.Л.*, 2008). Диагноз пивного алкоголизма по МКБ-10 выглядел как «синдром зависимости вследствие употребления алкоголя» — F10.2, диагноз гашишной наркомании — «синдром зависимости вследствие употребления каннабиноидов» — F12.2, диагноз пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией, — «синдром зависимости вследствие сочетанного употребления алкоголя и каннабиноидов» — F19.2.

Клинико-психопатологический анализ в сформированных группах проводился раздельно у больных пивным алкоголизмом (1-я группа), гашишной наркоманией (2-я группа), пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией (3-я группа), алкоголизмом вследствие употребления пива и крепких спиртных напитков (4-я группа).

Глава 2

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА И ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА, ОСЛОЖНЕННОГО ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИЕЙ, У ПОДРОСТКОВ

В настоящей главе представлены результаты клинико-психопатологического и статистического исследования 140 подростков. У 60 из них (1-я группа) был диагностирован синдром зависимости вследствие употребления алкоголя (пивной алкоголизм) (F10.2), у 20 — (2-я группа) выявлены симптомы зависимости вследствие употребления каннабиноидов (F12.2). У 60 подростков (3-я группа) диагностирован синдром зависимости вследствие сочетанного употребления алкоголя и каннабиноидов (пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией) (F19.2).

Результаты исследования позволили установить, что пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией, — это полизависимость, особенности проявлений которой полиморфны, отражают клинику и взаимовлияние сочетающихся форм зависимости от ПАВ. Клиника представлена симптомами, отражающими измененную реактивность, патологическое влечение, абстинентный синдром и личностные изменения.

Приводим наблюдение, которое демонстрирует клинико-динамические особенности пивного алкоголизма, сформировавшегося у подростка, с факторами риска психологического, социального и биологического характера.

Наблюдение 1. Константин К., 1991 г.р., обследован в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы 18.10.2007 г. во время проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. На этот момент ему исполнилось 16 лет. Он выступал в качестве подозреваемого в совершении кражи и грабежа.

Диагноз: синдром зависимости вследствие употребления алкоголя, средняя стадия (F10.2 по МКБ-10).

Анамнестические сведения. Отец страдает алкогольной зависимостью около 20 лет. Мать подростка отрицает злоупотребление алкоголем,

отмечая при этом, что «если и пьет, то немного и по праздникам». Родился от второй беременности, которая протекала с угрозой прерывания из-за психотравмирующих ситуаций, связанных с конфликтами в связи со злоупотреблением алкоголем отцом. Роды были позже срока, протекали стремительно, масса плода составила 4600 г. После выписки из родильного дома матери было рекомендовано обратиться к неврологу, так как у К. наблюдалось повышение мышечного тонуса конечностей. В течение 1-го года жизни он состоял на учете у невролога с диагнозом «перинатальное поражение центральной нервной системы», получал лекарственную терапию, массаж. Спустя 1 год в связи с улучшением состояния К. был снят с учета. В последующем за помощью к неврологу не обращались. В раннем возрасте К. без осложнений перенес детские инфекционные заболевания. До 3 лет воспитывался в полной семье. Отец в состоянии алкогольного опьянения в присутствии К. часто устраивал скандалы, дрался с матерью. Когда ему исполнилось 3 года, родители развелись. Несмотря на это, отец порой приходил с просьбой дать денег на покупку алкоголя. Если получал отказ, то устраивал скандал, избивал бывшую жену и иногда сыновей. В воспитании К. и его брата отец никогда не участвовал. До последнего времени интереса к их судьбе не проявлял. Для материального обеспечения семьи матери К. приходилось много работать, в том числе и в ночные смены. Когда матери не было дома, он находился под присмотром старшего брата. К. от сверстников в психическом и физическом развитии не отставал. С 1,5 года до 6 лет посещал детский сад. Хотя он был «шустрым, подвижным ребенком», воспитатели на его поведение не жаловались. В отношениях с матерью был послушным, со старшим братом не конфликтовал. Перед поступлением в школу освоил начальные навыки чтения, счета, занимался этим неохотно, «из под палки», быстро уставал, капризничал. В школу пошел в 7 лет. В сентябре 1999 г. упал с турника, получил черепно-мозговую травму, сознания не терял. В течение 2 нед лечился амбулаторно у невролога. С первых дней обучения в школе с трудом усваивал нормы дисциплины, был неусидчив на уроках. До 3-го класса учился преимущественно на «4», редко получал «3». В этот период посещал занятия в секции восточных единоборств. С 5-го класса успеваемость стала постепенно снижаться. Меньше времени тратил на подготовку к урокам, «было все равно, что получу». Преобладали оценки «3», иногда получал «4» по предметам, интерес к которым еще сохранялся (химия, физика). По мнению матери, «сын мог бы учиться лучше, если бы старался». По ее описа-

нию, поведение К. с 11 лет стало зависеть от его настроения. При хорошем настроении он убирал, мог приготовить обед. Когда «настроения не было», конфликтовал с матерью и братом, уходил на улицу в компанию сверстников и старших по возрасту. Чтобы самоутвердиться среди них, однажды решил пошутить — позвонил в милицию, сообщил о якобы заложенной в школе бомбе. После этого случая был поставлен на учет в инспекции по делам несовершеннолетних. Отношения с матерью ухудшились после того, как она, заплатив штраф за «шалость» сына, стала контролировать его поведение. Протестуя чрезмерной опеке матери, К. без ее разрешения уходил из дома, много времени проводил на улице с друзьями либо в их квартирах, ожидал, когда мать ляжет спать, чтобы «не слушать нравоучений». По описанию матери, в 11–12 лет К. «был разным на улице и дома». Среди друзей он отличался покладистым характером, быстро сходился с плохими компаниями, подчинялся им. Дома же был своевольным и своенравным, не слушался, дерзил матери, не считался с мнением старшего брата, который пытался его «воспитывать». В этот период ухудшились взаимоотношения с учителями в школе. После одного из конфликтов мать перевела К. в другую школу. В июле 2002 г. в возрасте 11 лет К. впервые по предложению друзей выпил пива. Друзья «отмечали» какой-то праздник, «мог отказаться, но не захотел», потому что «было интересно попробовать». Тогда после приема 100–150 мл пива средней крепости (5–7,5 мл абс. алкоголя) испытал приятное чувство расслабления, повышение настроения. Воспоминания об этом были приятными, они побуждали к повторному употреблению пива. «Ведь в компании все были веселыми, и мне хотелось быть таким как все». До августа 2003 г. (в течение 1 года), К. употреблял пиво «от случая к случаю», в связи с какими-либо событиями не чаще 1–2 раз в месяц. Прием пива был в дни рождения, праздники, чаще по предложению друзей. Иногда К. сам становился инициатором выпивок. Придерживался норм и правил, принятых в компании, следовал им. Поэтому охотно согласился в августе 2003 г. с предложением друзей покурить коноплю. Первая ее проба не вызвала ни ожидаемого веселья, ни других приятных ощущений. Сначала было немного страшно, потом голова болела и во рту сушило. Желания покурить коноплю больше не возникало, потому что «она дорогая, а радости не дает». Предпочтение отдавал пиву из-за его невысокой стоимости и доступности. С августа 2003 г. прием пива стал до 3–4 раз в неделю. В течение вечера выпивал до 500 мл пива (25 мл абс. алкоголя), пробовал разные марки, «покупал бутылочку на пробу». Если употреблял

больше, «пытался догнать друзей», появлялась тошнота. В опьянении испытывал привычное для себя и очень привлекательное улучшение настроения, что позволяло на время забыть о проблемах в школе, ссорах с матерью. Более 1 года К. удавалось оставаться незамеченным в опьянении для матери. Для этого старался возвращаться после потребления пива поздно вечером, избегал разговоров с матерью, использовал жевательную резинку с интенсивным ароматом, чтобы замаскировать запах пива. Порой, когда «чувствовал себя сильно пьяным», оставался ночевать у друзей. В течение 2 лет К. перепробовал «все пиво». При его выборе ориентировался на мнение друзей или телевизионную рекламу. Собирал пробки от бутылок той марки пива, которое пробовал, хранил эту «коллекцию» дома, пополнял ее пробками после знакомства с новыми марками пива. Примерно с начала 2005 г. остановился на двух-трех марках, после приема которых «голова не болела, и по вкусу они были мягкими». Деньги на пиво К. зарабатывал сам — пропуская уроки в школе, ходил на рынок, где помогал грузчикам. Заранее планировал свои действия, работал с мыслями о том, как внесет деньги в общую копилку для того, чтобы «вместе со всеми выпить», а потом пойти гулять «без проблем». В марте 2005 г. К. по предложению друзей впервые попробовал 80–90 мл водки. Почувствовал неприятный вкус во рту («горькая»), сильно закружилась голова, «нахлынули неприятные воспоминания о поведении пьяного отца». Поэтому после первой пробы водки решил «ее больше не пить». С апреля 2005 г. К. стал покупать пиво в бутылках емкостью 1 или 1,5 л. Бутылки по 0,5 л «уже не устраивали», так как «все равно нужно будет потом добавить». После употребления более 1 л пива тошнота не возникала. Пил по-прежнему в компаниях друзей, иногда и с взрослыми мужчинами, с которыми знакомился на рынке. В июне 2005 г. (в возрасте 14,5 года) был впервые задержан сотрудниками милиции при распитии пива в общественном месте. После рассмотрения этого факта на заседании комиссии по делам несовершеннолетних К. был вновь поставлен на учет в подразделении по профилактике правонарушений. Стал проявлять осторожность — пил пиво в подъездах, квартирах своих друзей и знакомых, собирал их у себя дома, когда не было матери. Выступал в качестве инициатора сбора денег для покупки пива «на всех». В этот период отмечались серьезные проблемы в школе из-за систематических пропусков уроков, низкой успеваемости по всем предметам. В сентябре 2006 г. после окончания 9 классов средней школы поступил в профессиональное училище для обучения специальности «сварщик». Учиться не смог — через

3 мес был исключен за систематические пропуски занятий. В это время К. употреблял пиво почти ежедневно в разных компаниях, подолгу гулял по улицам, в парках, сидел в подъездах. Домой возвращался поздно. При попытках матери по утрам разбудить К. он дерзил ей, конфликтовал и снова ложился спать. Просыпался «после 12 ч с мыслями о пиве». Они «заставляли вставать», шел на рынок помогать в разгрузке товара. Деньги за работу получал ежедневно и в тот же день их тратил на покупку пива, сигарет, развлечения (посещение дискотек, компьютерных салонов). Охотно угощал пивом друзей и знакомых, становился инициатором его употребления. По настоянию матери поступил в 10-й класс вечерней школы. Из характеристики школы: «...занятия не посещает, по предметам не успевает, в связи с чем был оставлен на повторный курс обучения в 10-м классе...». На момент обследования К. числился в списках учащихся вечерней школы, занятий не посещал. Продолжал состоять на профилактическом учете в милиции. Из представленной обзорной справки видно, что по характеру К. общительный, уверенный, с лидерскими качествами, склонен к совершению правонарушений и злоупотреблению алкоголем. Неоднократно задерживался сотрудниками милиции при распитии пива в общественных местах, за что его мать привлекалась к административной ответственности за ненадлежащее воспитание, выплачивала штрафы. Несмотря на нарастающие у подростка проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголя, мать за медицинской помощью не обращалась. В июне 2005 г. подросток был доставлен инспектором по делам несовершеннолетних на прием в детско-подростковое отделение областного наркологического диспансера, где был выставлен диагноз «употребление алкоголя с вредными последствиями», рекомендовано профилактическое наблюдение, проведение которого подросток и его мать игнорировали, на прием к наркологу он не являлся. С декабря 2006 г. задерживался из-за распития пива в общественных местах и пребывания в состоянии алкогольного опьянения. До момента вытрезвления К. обычно находился в отделении милиции, так как мать, опасаясь конфликтов, не хотела забирать его домой. По утверждению матери, сына в опьянении «стало легко задеть». С февраля 2007 г. К. стал меньше работать, понял, что «не всегда деньги можно заработать самому». В группе подростков совершил ряд краж автомагнитол, мобильных телефонов. В августе 2007 г. был задержан из-за грабежа. Правонарушения совершал в состоянии алкогольного опьянения. Их мотивом был поиск денег для покупки пива и развлечений. При расследовании уголовных дел

назначена комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Соматическое состояние. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Выглядит старше своего возраста. На коже кистей следы ожогов круглой формы (тушил о свою кожу зажженные сигареты «на спор»). У основания большого пальца правой кисти татуировка — буква «К» (первая буква имени — символ принадлежности к дворовой асоциальной компании). Кожа в области скул слега пастозна и гиперемирована. На остальных участках кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Ритм дыхания правильный. Частота дыхательных движений 12 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 76 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, кровяное давление 110/70 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания всеми отделами, при пальпации безболезненный. При упоминании о пиве выявлены: учащение пульса до 90 в минуту, покраснение кожи лица, гиперсаливация.

Неврологическое состояние. Лицо симметричное, зрачки округлой формы, их величина соответствует интенсивности освещения. Реакция зрачков на свет живая. Язык располагается по средней линии. Сухожильные рефлексы симметричные, несколько оживленные. Парезов, параличей не выявлено. Мышечный тонус в норме. В позе Ромберга неустойчив. Отмечается мелкий тремор сомкнутых век, пальцев вытянутых вперед рук. Пальценосовую пробу выполняет правильно. Походка не нарушена.

Психическое состояние. Правильно ориентирован в месте, времени, окружающих лицах, собственной личности. В беседу вступил охотно, в общении с врачом не соблюдал дистанции. После замечаний корригировал поведение на непродолжительное время. Адресованные ему вопросы понимал правильно. Жалоб, касающихся состояния здоровья, не предъявил. Каких-либо отклонений от нормального развития в течение всей своей жизни вспомнить не смог («все было хорошо»). В беседе продемонстрировал ограниченность понятийного аппарата житейскими понятиями, засоренность лексикона сленговыми выражениями, в том числе и криминального характера. Проявил склонность к навязыванию своей тактики общения — отказывался от ответов на субъективно неприятные вопросы (прекращение обучения, отношения с отцом и матерью, неоднократные привлечения к административной ответственности). Был избирателен при предоставлении информации о своей жизни, не сообщал компрометирующие его сведе-

ния. Анамнестические данные предоставлял в хронологической последовательности. Затруднялся при датировании событий общественной жизни, проявляя узкий кругозор, недостаточную общую осведомленность. При этом хорошо ориентировался в ценах на пиво, подробно рассказал о разных его сортах, навязывал врачу информацию «где какое лучше покупать». К. был многословен при обсуждении тем, связанных с употреблением пива, на вопросы отвечал быстро, долго не обдумывая. Ответы при этом были подробными, содержали яркие сравнения. Вспоминал ситуации, связанные с приемом пива. Припомнил даже то, что «во сне несколько раз ходил с друзьями в бар, пил с ними пиво». Настроение на протяжении всего обследования отличалось нестабильностью. Периоды недоброжелательности и неудовольствия после прекращения обсуждения субъективно неприятных тем сменялись спокойствием. Особенно яркие изменения эмоций были вызваны упоминанием о пиве. К. широко улыбался, начинал говорить громче. Его высказывания сопровождала более активная жестикуляция. Предпочтение пиву объяснил следующим образом: «отец-алкоголик пил водку, а если я буду пить только пиво, то алкоголиком не стану». Задавал вопросы врачу, «вызывая его на откровенность», пытался узнать, какое отношение к пиву у врача. Некритически оценивал как симптомы зависимости от пива, так и отклоняющееся поведение в целом. К. не смог установить связь между систематическим употреблением пива и возникшими у него проблемами (прекращение обучения, привлечение к административной ответственности, совершение уголовно наказуемых деяний после распития пива). Сообщил, что «пиво здесь ни при чем», а все «получается случайно». Оправдывая себя, явно преуменьшал частоту приема пива и его количество («Да разве это часто?», «Я же не пью каждый день»). Искренне удивляясь, спросил у врача: «А разве полтора литра пива это много?» Не отрицал того, что его неоднократно посещала на дому медицинская сестра наркологического диспансера, приглашала на прием. Заявил с неудовольствием: «Я все ваши бумажки (приглашения) выбрасывал». О правонарушениях, в которых подозревался, К. сообщил, что 28.08.2007 г. был «слегка выпившим» — выпил около 1 л пива в компании. Потом пошел с другом гулять по улице, где «увидели парня с дорогими часами. Подошли к нему, я сказал: «Подари часы». Он отдавать не захотел, я пригрозил избить, и он сам отдал часы и телефон». В начале сентября 2007 г. «был слегка выпившим (выпил 0,5 л пива). Гулял вместе с другом Антоном. Антон предложил залезть в автомобиль». К. согласился. Вскрыл боковую дверь автомобиля,

забрал автомагнитолу, «чтобы сдать ее». Часы и автомагнитолу продал. Полученные деньги потратил на угощение для друзей — покупал им пиво, орешки, сухарики.

Заключение по результатам экспериментально-психологического обследования. В структуре личности выявлены асоциальная направленность, акцентуация черт по неустойчивому типу (стремление к развлечениям, получению удовольствий, трудности адаптации к условиям дисциплины и жесткой регламентации поведения, достижения общественно значимых целей, неустойчивость нравственных установок), экстраверсия, эмоциональная нестабильность, актуальность потребностей в самоутверждении и самостоятельности, проявление вербальной и физической агрессии, связанной с ограничениями, стесняющими свободу выбора видов деятельности, с критическими замечаниями.

Катамнез. Был осужден к 150 ч обязательных работ, наказание не отбыл. Продолжал злоупотреблять алкоголем, в течение 2008 г. неоднократно задерживался милицией в состоянии опьянения. Вечернюю школу не посещал, был дважды оставлен на повторное обучение в 11-м классе. В октябре 2008 г. совершил в группе грабеж, участвовал в жестоком избиении потерпевших. На время расследования уголовного дела был помещен в следственный изолятор, в последующем отбывал наказание в местах лишения свободы.

Обсуждение. В приведенном наблюдении представлено описание формирования пивной зависимости у подростка. Заболевание развивалось на фоне многообразных биологических, социальных и психологических факторов. Среди биологических факторов важную роль сыграли наследственная отягощенность алкоголизмом отца, органическое поражение головного мозга, как следствие тяжело протекавшей беременности и стремительных родов, последствия перенесенной в возрасте 7 лет черепно-мозговой травмы. Очевидно, что нарушения центральной нервной системы не были полностью компенсированы на фоне лечения, что проявилось в гиперактивном поведении в дошкольном и младшем школьном возрасте. Познавательная мотивация у ребенка изначально была невысокой вследствие трудностей усвоения норм дисциплины, неусидчивости на уроках. Развитие личности К. проходило в неблагоприятных социальных условиях, связанных с конфликтами родителей, алкоголизмом отца, гипопротекцией со стороны матери. Семейное неблагополучие, воспитание в условиях фактической безнадзорности, отсутствие устойчивого положения в школьном коллективе способствовали раннему проявлению девиантного поведения. Это

отражалось в совершении делинквентных поступков, формировании реакций эмансипации, группирования со сверстниками. Из-за отсутствия у К. устойчивых увлечений основой для группирования стало совместное проведение времени, не имеющее информативного характера (прогулки по улицам). Для него была актуальной потребность в самоутверждении, для реализации которой использовались не только поступки, способные удивить окружающих (звонок в милицию), но и приобщение к употреблению пива. Преморбидные особенности личности в виде акцентуации черт неустойчивого типа, любопытства, неизбирательности в контактах также сыграли определенную роль в развитии аддиктивного поведения. Приведенные индивидуальные особенности К., наряду с отсутствием должного контроля над его поведением, способствовали прогрессированию аддиктивного поведения и быстрому формированию алкогольной зависимости. В процессе эпизодического (продолжительность 1 год), а затем систематического (с августа 2003-го по апрель 2005 г.) употребления пива происходило постепенное развитие синдромов измененной реактивности, патологического влечения к алкоголю, изменений личности. Синдром измененной реактивности проявлялся ростом толерантности к алкоголю, исчезновением защитных реакций. В течение 2 лет 9 мес опьяняющая доза пива увеличилась с 100–150 мл до 1 л, пропала тошнота при приеме большого количества пива. В этот же временной период у К. складывалось избирательное отношение к пиву разных сортов, основанное на оценке его вкуса, эффектов опьянения и тяжести постинтоксикационного состояния («мягко пьется», «голова не болит»), которое позволило отдать предпочтение сорту пива средней крепости. Период избирательного отношения к пиву разных сортов напоминает таковой, описанный в специальной литературе как предпочтительный выбор ПАВ (*Пятницкая И.Н.*, 1994) или полисубстантное аддиктивное поведение (*Личко А.Е.*, *Битенский В.С.*, 1991). Не избежал предпочтительного выбора ПАВ и К. Он пробовал водку, но из-за неприятных вкусовых ощущений, меньшей доступности и негативных воспоминаний об отце — «любителе водки» в последующем избегал ее приема. Первое употребление конопли не дало ожидаемого эффекта, к тому же побочные проявления опьянения обусловили состояние дискомфорта. Позже синдром измененной реактивности усложнился за счет присоединения измененных форм алкогольного опьянения. С декабря 2006 г. произошла трансформация типичного эйфорического опьянения в дисфорическое, когда нетрезвого К. было «лучше не трогать».

В качестве важного слагаемого алкогольной зависимости выступал синдром патологического влечения к алкоголю, включающий аффективные, идеаторные, поведенческие, соматовегетативные компоненты. Аффективные компоненты характеризовались оживлением эмоций, повышением голоса, усилением жестикуляции при упоминании о пиве. Идеаторные компоненты проявлялись мыслями предвкушения приема пива, которые возникали у К. по утрам, стремлением поддерживать разговор на темы, связанные с пивом, спорами с врачом для отстаивания «своего права пить пиво», снами с тематикой посещения баров, летних площадок, где «можно собраться, купить и выпить пива». При обсуждении тем, касающихся потребления пива, отчетливо проявлялось ускорение темпа мышления. Соматовегетативные компоненты были представлены тахикардией, покраснением кожи лица, гиперсаливацией. Появление этих симптомов тесно связано с затрагиванием в беседе с К. тем, относящихся к приему пива. Поведенческие компоненты синдрома патологического влечения к алкоголю выражались отказом от получения среднего специального образования из-за «необходимости» работать грузчиком для того, чтобы зарабатывать деньги на покупку пива. В качестве поведенческого компонента следует рассматривать реакции группирования, основой для которых служило совместное употребление пива. Поведенческая составляющая синдрома патологического влечения к алкоголю тесно связана с изменениями личности, развивавшимися на фоне зависимости от пива. Это, в частности, проявляется в анозогнозии, уклонении К. от специализированной медицинской помощи в детско-подростковом отделении наркологического диспансера. У К. сформировалась асоциальная направленность личности, проявлявшаяся в устойчивом игнорировании норм морали и закона, совершении административных правонарушений и уголовно наказуемых деяний имущественного характера. Установлена отчетливая связь между мотивацией преступного поведения и необходимостью поиска денег для реализации патологического влечения к приему пива. Личностные изменения способствовали трансформации реакций группирования, которые стали осуществляться на основе не только употребления пива, но и совместного совершения противоправных деяний. Ярко проявлялась утрата прежней осторожности: К. перестал скрывать факты зависимого поведения, распивал спиртное на улицах, пребывал в общественных местах в состоянии алкогольного опьянения, без стеснения приходил домой пьяным. Наличие личностных изменений подтверждено в ходе экспериментально-психологического обследова-

ния. По его результатам у К. выявлена асоциальная направленность, акцентуация черт по неустойчивому типу, экстраверсия, эмоциональная нестабильность, актуальность потребностей в самоутверждении, самостоятельности. Отчетливо проявлялось снижение критичности по отношению к зависимости от алкоголя («пивная анозогнозия»). Данные катамнеза свидетельствовали о дальнейшем прогрессировании личностных изменений в виде формирования устойчивых стереотипов криминального поведения. Следует особо отметить, что проявлению аддиктивного поведения и формированию алкогольной зависимости способствовало отсутствие должного контроля над поведением К. со стороны его матери и игнорирование возможностей получения специализированной медицинской помощи.

Приводим наблюдение, которое иллюстрирует развитие гашишной наркомании у подростка с ранними отклонениями личностного развития.

Наблюдение 2. Игорь Ю., 1990 г.р., обследован в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы 08.09.2006 г. во время проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. На момент обследования подростку исполнилось 15 лет, он был подозреваемым в совершении кражи.

Диагноз: синдром зависимости вследствие употребления каннабиноидов, средняя стадия (F12.212 по МКБ-10).

Анамнестические сведения. Единственный ребенок в семье. Отца не помнит. Со слов родственников знает, что был грубым, конфликтным человеком, злоупотреблял алкоголем. Мать «иногда выпивала» после рождения И. Никто из ее родственников за помощью к врачам психиатрам и наркологам не обращался. Беременность у матери протекала неблагополучно: в первой половине был токсикоз, во второй — угроза прерывания. Родился в срок, роды протекали без осложнений. Когда И. было 2 мес, его госпитализировали в детскую больницу с диагнозом «пневмония». Вскоре после рождения И. родители развелись. Отец уехал в другой город, больше никогда с сыном не общался. Мать часто меняла сожителей, которые участия в воспитании ребенка не принимали. Отношения с ними у И. не складывались. Он часто конфликтовал с матерью, требовал внимания к себе. «Чтобы не раздражать сына», мать уходила из дома к сожителям. И. жил в трехкомнатной квартире с бабушкой, тетей, двоюродными сестрами. Основная роль в его воспитании принадлежала бабушке. Мальчик с раннего возраста не терпел ограничений, бурно реагировал на отка-

зы в удовлетворении его требований. С 3 лет посещал детский сад, где проявлял себя активным, подвижным, упрямым ребенком. Получал много замечаний от воспитателей, не всегда исправлял поведение, продолжая вести себя по-прежнему. Конфликтовал с детьми, дрался с теми, кто брал его игрушки. Неохотно учился писать, читать, считать. Отказывался, убегал, когда воспитательница в детском саду или бабушка дома просили заниматься. В дошкольном возрасте часто болел простудными заболеваниями. В школу пошел в 1997 г. (в возрасте 6 лет). С первых дней обучения у И. проявилась неспособность подчиняться требованиям школьной дисциплины. На уроках легко отвлекался, разговаривал с детьми, ходил по классу. Домашние задания не выполнял. Успеваемость была невысокой. В 1-м классе преобладали тройки. После школы, пообедав, гулял до позднего вечера. Ходил по улицам, общался со старшими по возрасту ребятами, подражал им в поведении. Со 2-го класса (8 лет) в компании научился курить сигареты. Не стал скрывать это от бабушки, носил с собой сигареты и спички. На ее требования прекратить курить не реагировал. Конфликтовал с бабушкой из-за игнорирования домашних заданий, просмотра телепередач до позднего вечера. Утром вставал неохотно, отказывался идти на первый урок. Постоянно ссорился с одноклассниками, спорил с учителями. Учился неохотно, получал много двоек, «неудовлетворительно» оценивалось и его поведение. В 2001 г. был оставлен для повторного обучения в 4-м классе из-за неуспеваемости. Из школьной характеристики того времени известно, что «мать должного внимания воспитанию сына не оказывает, на уроках он рассеянный, невнимательный. Жестоко обращается с детьми, может беспричинно избить их». И. агрессивно реагировал на замечания, дрался с одноклассниками и родственниками. Устойчивых увлечений у него не было, в кружках и секциях не занимался, интереса к этому занятию не проявлял. Охотно подражал друзьям из компаний. Общался как со сверстниками, так и со старшими по возрасту ребятами, уже имевшими опыт употребления наркотиков. В сентябре 2002 г. по их предложению после рассказа о гашишном опьянении (в возрасте 12 лет) впервые покурил коноплю. «Отказаться не мог и не хотел», так как «возникло желание попробовать». Сделал три затяжки от общей, пущенной по кругу сигареты со смесью высушенных листьев конопли и табака. Первая проба конопли сопровождалась першением в горле, кашлем, тревогой. У других подростков, с которыми курил одну сигарету, таких проявлений не заметил, «они были веселыми».

От ребят, имеющих опыт потребления конопли, узнал, «что так бывает сначала у всех», поэтому ее «надо распробовать и понять». Последующие приемы конопли хотя и сопровождались першением в горле, кашлем, тревогой, однако они были выражены менее интенсивно. Спустя 7 мес после первого курения наркотика они исчезли полностью. В тот период прием конопли был эпизодическим — 1 раз в 2–3 нед, иногда реже — 1 раз в месяц. Опьянение оценивалось И. как очень приятное состояние: «на душе спокойнее и веселее», «никто не раздражает, не бесит». Нравилось и то, что в опьянении чувствовал себя «вместе со всеми», ведь в семье и в школе он «был одиноким». Принимал наркотик, когда был у друзей из компании: «если у кого было, то курил, а не было — и не надо». Для себя коноплю не искал. «Изучал» связь состояния опьянения с количеством затяжек сигаретой со смесью конопли и табака. Из любопытства увеличивал их, хотел «посмотреть, что будет дальше». В этих случаях «видел все по-иному, глаза были как кривое зеркало»: руки воспринимал очень длинными, лица друзей то плоскими, то большими и объемными, дома вокруг и окна вытянутыми». В последующем И. стал «экспериментировать» с составом сигарет, наблюдая за тем, как их изготовляют старшие, научился смешивать табак и коноплю, постепенно увеличивал количество наркотика в сигарете, понял, «чем его больше, а табака меньше, тем лучше». В состоянии опьянения домой не торопился, возвращался «после того, как отсмеялся». Порой родственники удивлялись тому, что он съедал много пищи. Объяснял это тем, что «много гулял, поэтому и ест много». В июне 2003 г. в компании друзей попробовал 250 мл пива. Опьянение не понравилось тем, что «не было активности, только развезло». В последующем 3–4 раза пил пиво по 300–400 мл, ожидая каких-либо изменений в состоянии опьянения. Был замечен с запахом алкоголя дома, после чего бабушка пригрозила отправить на лечение в психиатрическую больницу. Чтобы избежать этого, пиво больше не употреблял. В июле 2003 г. совершил правонарушение — по телефону-автомату сообщил в милицию о бомбе, якобы заложенной в подъезде жилого дома. Рассказал об этом друзьям, которые «раскололись». Был поставлен на профилактический учет в инспекции по делам несовершеннолетних. Связь своего поступка с приемом конопли И. категорически отрицал, объяснял его желанием «посмешить друзей». Примерно в этот период стал употреблять коноплю с частотой 1–2 раза в неделю, выкуривал не менее половины сигареты с наркотиком. В компании участвовал в сборе

денег для его покупки, крал небольшие суммы из дома, что оставалось незамеченным. В августе 2003 г. в доме у друга похитил золотые изделия, принадлежащие его матери. С целью предупреждения повторных противоправных действий И. был помещен в Центр временного содержания несовершеннолетних правонарушителей (ЦВСНП) УВД по Белгородской области. Находился там 20 сут. Мать тогда привлекалась к административной ответственности за ненадлежащее воспитание сына, однако эти меры ничего не изменили. Воспитанием И. по-прежнему занималась бабушка, так как мать жила в новой семье. Во время пребывания в ЦВСНП желания курить коноплю не возникало, хотя иногда вспоминал о компаниях и местах, где курил ее, «мысленно ходил туда». После возвращения домой из ЦВСНП возобновил курение конопли, которое с октября 2003 г. участилось до 2–3 раз в неделю. Сам проявлял инициативу для общения с ребятами, употреблявшими коноплю, звонил им, просил о встрече, когда в разговоре узнавал, что наркотик у них есть. Замечал, что для достижения «состояния веселья» требуется выкурить целую сигарету с наркотиком («косяк»). Увеличение количества потребляемой конопли и учащение ее приема требовали денег, из-за чего продолжал совершать их кражу из дома. В июле 2005 г. в возрасте 15 лет вместе с другом совершил кражу монитора из магазина компьютеров, был впервые привлечен к уголовной ответственности. В этот период времени систематически курил коноплю, приобретал ее для себя и употреблял уже в одиночку. Курил иногда ежедневно, иногда через день, до 3–4 сигарет с наркотиком в течение суток. По утрам наблюдались повышенная раздражительность, неудовольствие поведением родственников. В ответ на их замечания очень бурно реагировал, кричал. Несколько раз в знак протеста из-за отказов дать денег наносил стеклом неглубокие царапины на коже левого предплечья. В августе 2005 г. был впервые доставлен сотрудниками милиции на медицинское освидетельствование в наркологический диспансер, в ходе которого тест на каннабиноиды оказался положительным. С 1 сентября 2005 г. приступил к обучению в 8-м классе средней общеобразовательной школы. После летних каникул И. к учебе адаптировался с трудом, в школу приходил ко 2–3-му уроку. Вступал в дискуссии с учителями, мешая вести занятия, на переменах конфликтовал с учащимися. Успевал на тройки, часто получал двойки по гуманитарным предметам. Из школьной характеристики за 8-й класс известно, что И. отличался «большой подвижностью, общительностью, недостатком чувства дис-

танции в отношении со взрослыми». Для него были характерны «вспышки раздражения и гнева, особенно в случаях сильного противодействия, неудачи. На замечания и укоры отвечает недовольством, даже грубостью». Учителя обращали внимание на то, что И. порой был слишком веселым после перемены, а иногда очень раздражительным. Он не скрывал, что принимает гашиш и проявляет интерес к его действию на организм. В школу носил рюкзак с изображением листьев конопли, специально искал в магазинах, на рынке одежду (рубашки, толстовки, джинсы) с символикой наркотика. Если не находил такой, то покупал нашивки, аппликации с изображением листьев конопли и прикреплял их к куртке, джинсам. В этой одежде ходил в школу. Сделал пирсинг, самостоятельно выбрал серьгу с изображением листа конопли. Приносил сигареты с коноплей в школу, курил их на переменах, делая по 6–8 затяжек. Не скрывал, что употребляет «не простые сигареты». Предлагал пробовать курить их другим учащимся, что стало известно учителям. Администрация школы выступила с ходатайством о переводе И. в вечернюю школу. С ноября 2005 г. И. продолжил обучение в 8-м классе вечерней сменной школы. Из характеристики школы стало известно, что он «проявил себя как ученик со средними способностями. К учебе относился избирательно. Был раздражителен, вспыльчив, импульсивен, агрессивен. Чувства и эмоции не контролировал, обнаруживал склонность к рискованным поступкам, отличался повышенной возбудимостью, конфликтностью. Для него свойственны резкость и стремительность движений, яркая выраженность эмоциональных переживаний. Отмечались общительность, широкий круг знакомств. Предпочитал компании сверстников, стремился ими командовать. У него обычно хорошее настроение. Характерны при сильном противодействии, возможных неудачах вспышки гнева и раздражения. На замечания и укоры порой отвечал грубостью». В ноябре 2005 г. при медицинском освидетельствовании был вновь констатирован положительный результат на каннабиноиды. От помощи в наркологическом диспансере отказался. Курил коноплю практически ежедневно, если не имел такой возможности, был очень раздражительным — «всё бесило и все бесили». Использовал новые способы потребления наркотика путем его ингаляций через самодельный кальян («бульбулятор»). Считал такой вариант более экономным. Изготовлял «бульбулятор» самостоятельно. Стал курить коноплю дома, когда оставался один. Для экономии наркотика — с друзьями в автомобилях с закрытыми стеклами («накуривали маши-

ну»). В тот период начал искать информацию о конопле в журналах и на сайтах в сети Интернет. Особый интерес проявлял к анекдотам, которые описывали поведение потребителей конопли и разные степени опьянения этим наркотиком. Искал изображения растения конопли, охотно их рассматривал. Предпочтение отдавал фотографиям, а не рисункам («когда нарисовано — это не то... не прет»). Охотно делился новыми сведениями о конопле со знакомыми и одноклассниками, рассказывал анекдоты о наркотике. Заметил, что после того, как «анекдот расскажешь и посмеешься, то легче становится», «часть желания уходит». Если не имел возможности покурить коноплю, то «думал о ней», вспоминал о том, что переживал в опьянении. Сосредоточиваясь на этих мыслях и воспоминаниях, рисовал листья конопли, делал надписи сленговых названий наркотика в своих школьных тетрадях. Читал об истории приобщения людей в разных странах к потреблению конопли, о том, какие названия имеет этот наркотик в разных странах. Особо интересовался творчеством музыкантов, которые не скрывали потребления конопли. Собирал песни со словами о конопле, охотно слушал их сам, делился с друзьями. Систематически пропускал занятия в школе, много времени уходило на поиск денег для приобретения наркотика. Пытался работать на строительных объектах, выполнял подсобную работу. Все заработанные деньги тратил на покупку конопли. Из-за пропусков занятий в школе был переведен на обучение в форме экстерната. В июне 2006 г. закончил 8 классов вечерней сменной школы с оценками «3» по всем предметам. В тот период употреблял коноплю ежедневно до 3–4 сигарет за сутки. В опьянении испытывал очень приятные переживания радости, легкости во всем теле, «удовольствия от всего». Курил коноплю в одиночку, дома, даже не запираясь в своей комнате. Не скрывал от родственников употребления наркотика, на любую их попытку противодействовать этому реагировал криком, иногда применял к бабушке физическую силу, по поводу чего она обращалась в милицию. Чтобы избежать конфликтов и «проблем с милицией», И. уходил курить на чердак дома, где жил, или поднимался на крыши многоэтажных домов. В опьянении предпочитал находиться в одиночестве и покое, «чтобы никто не трогал». Ощущал тепло, которое было во всем теле, нравилось смотреть на город с высоты: дома и улицы воспринимались необычно яркими, четкими, «будто они совсем близко». После 3–4 сигарет с коноплей испытывал «чувство полета, будто проваливался вниз, летел к земле». Желание покурить коноплю снова

возникало спустя 1–1,5 ч воздержания. Если не мог это сделать, злился, «выходил из себя». Постоянно думал о наркотике, искал способы найти денег для его покупки. В августе 2006 г., находясь в квартире знакомой, похитил деньги в сумме 5 тыс. руб. По данному факту было заведено уголовное дело и назначена амбулаторная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

Соматическое состояние. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Следы давних поверхностно расположенных царапин на коже левого предплечья. Пирсинг в левом ухе (в отверстие вставлена серьга с изображением ярко-зеленого листа конопли на черном фоне). Периферические лимфоузлы не пальпируются. Ритм дыхания правильный. Частота дыхательных движений 12 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 78 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Кровяное давление 110/65 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания всеми отделами, при пальпации безболезненный. При упоминании о курении конопли появились интенсивная гиперемия кожи лица, шеи, сухость во рту, учащение пульса до 100 в минуту.

Неврологическое состояние. Лицо симметричное, зрачки округлой формы, величина зрачков соответствует освещению в помещении. Реакция зрачков на свет живая. Язык при высовывании располагается по средней линии. Сухожильные рефлексы симметричные. Парезов, параличей не выявлено. Мышечный тонус в норме. В позе Ромберга неустойчив. Отмечается мелкий тремор сомкнутых век. Пальценосовую пробу выполняет правильно. Походка не нарушена. После разговора о курении конопли усилился тремор сомкнутых век, появился тремор языка и пальцев вытянутых вперед рук, неуверенно выполнял пальценосовую пробу.

Психическое состояние. На обследование явился с рюкзаком, на котором изображено несколько листьев конопли и сделана надпись «все идет по плану». Аналогичный рисунок ярко-зеленых листьев конопли был на «напульснике», находящемся на нижней трети левого предплечья. Беседу начал настороженно. Явно наблюдал за развитием ситуации, отслеживал и оценивал происходящее. Заметно реагировал на высказывания, мимику, интонацию собеседника. Проявил предельную избирательность при сообщении информации о себе. Не желая отвечать на неприятные вопросы, часто использовал фразу: «А вам это не надо знать». Категорически отказался от обсуждения ситуации

в семье. В ходе беседы проявил недостаточную общую осведомленность, не смог назвать дат значимых событий истории нашей страны. Грубо ответил: «А зачем мне нужно знать, когда была эта война с немцами? Меня это не интересует!» Настроение И. на протяжении всего обследования было нестабильным. Он временами замолкал, отворачивался или раздражался, дерзил, повышал тон голоса. Замечания и просьбы вести себя спокойнее игнорировал. Жалоб на состояние здоровья не предъявлял. Утверждал, что ведет себя «как все», некритически оценивал отклонения своего поведения как в прошлом, так и в настоящем. Заявил, что не видит ничего плохого в употреблении конопли, активно оправдывал свое поведение. Подчеркивал, что «ее сейчас курят все. Нет такого человека, который не попробовал хотя бы один раз». С удивлением задал вопрос врачу: «А разве вы ни разу не курили?» Получив отрицательный ответ, посочувствовал: «Вы многое потеряли». Упоминание о конопле повышало у И. настроение, которое не изменялось на протяжении всего разговора на тему о наркотике. О проявлениях зависимости от конопли говорил без смущения, подробно описывал переживания в опьянении. Проявил крайне низкую критичность к своей зависимости от конопли, в качестве самозащиты использовал миф о ее безвредности. Часто повторял: «Ну и что? Это же легкий наркотик». Высказывал инициативу целесообразности дискуссии о легализации марихуаны в России, заявлял при этом, что «в Голландии все курят, и ничего». Сообщил о мечте поехать туда «хотя бы просто посмотреть и немного пожить». Речь изобиловала сленговыми названиями конопли, приспособлений для употребления наркотика («буль», «булик», «сухой», «мокрый»). Их упоминание сопровождалось громким смехом, иногда хохотом. На вопросы, касающиеся употребления наркотика, И. отвечал громко, активно жестикулируя. Был суетлив, делал много ненужных движений — потирал ладони, перебирал пальцами, теребил края одежды, прикасался к губам, носу. Упоминание о наркотике вызвало благодушное настроение у И. Проникшись доверием к врачу, он предложил послушать звонок своего мобильного телефона — «смех бешеной коровы». «Она конопли недавно покурила», — с громким хохотом сообщил И. Продемонстрировав затем заставку в своем мобильном телефоне в виде изображения ярко-зеленого листа конопли на черном фоне, утвердительно сказал: «Правда, красиво». При рассказе о курении конопли был многословен, отмечалось ускорение темпа мышления. На вопросы отвечал быстро, без раздумий. Активно обсуждал тему употребления конопли, не стеснялся длительного опыта наркотизации,

не опасался формирования у врача негативного отношения к нему. Сообщил, что «готов говорить об этом долго», так как даже разговоры о конопле повышают настроение. «О ней даже поговорить приятно». Со слов И., повышение настроения вызывали у него прослушивание песен, рассказы знакомым анекдотов о конопле. «Посмеешься, и уже легче на душе становится». Рассказал о том, что наркотик ему «даже снится», во сне «курил косяк, дул через буль». В высказываниях И. демонстративно игнорировал знакомые ему нормы поведения и законы. Часто повторял: «Ну и что, что всем запрещено. Мне можно!» Сообщил, что носит вещи с изображениями конопли для того, чтобы «меня можно было узнать». Утверждал, что это своего рода опознавательный знак среди ребят, «своего человека можно увидеть». Поведение подростка в процессе обследования менялось. Благодушие, спокойствие и доброжелательность, проявлявшиеся при разговоре о конопле, резко сменялись грубостью, дерзостью, если разговор заходил о негативных проявлениях его поведения. На порицание, критические замечания И. реагировал всплеском гнева, в проявлениях неудовольствия был демонстративен, несколько театрален. Высказал негативные оценочные суждения в адрес всех, кто когда-либо порицал его за потребление наркотика. Не смог рассказать о планах на ближайшее будущее. С наркоманическим юмором сообщил: «Какие еще планы, когда у меня есть план». Утверждал, что не намерен получать какую-либо профессию: «А мне и так хорошо. Зачем еще работать?»

Заключение по результатам экспериментально-психологического обследования. Выявлены признаки формирующегося возбудимого варианта личностно-аномального патопсихологического симптомокомплекса. У И. диагностирована акцентуация личности по возбудимому и демонстративному типам, что отражает снижение контроля над проявлением негативных эмоций и чувств, трудности адаптации к регламентации поведения, склонность к активному противодействию внешним ограничениям, в том числе нормам морали и законам. Отчетливы личностные изменения, связанные с зависимостью от конопли, в виде реакций группирования на основе совместного поиска и приема наркотика и отсутствия критичности по отношению к симптомам гашишной наркомании.

Катамнез. Был осужден к 1,5 года лишения свободы, отбывал наказание в исправительной колонии для несовершеннолетних. После возвращения домой (мать к этому времени уехала в другой город) продолжил обучение в 11-м классе вечерней сменной школы. Часто

приходил в школу, но уроков не посещал. Приносил с собой коноплю, предлагал учащимся, подробно рассказывая о проявлениях опьянения. Согласно сведениям учителей, вымогал деньги у учащихся, угрожал им физической расправой. Приводил в школу друзей, с которыми отбывал наказание, вместе с ними избивал «жертв», выследив их после занятий. Продолжал употреблять коноплю ежедневно. В течение 2008 г. неоднократно задерживался сотрудниками милиции, трижды привлекался к административной ответственности по статье 6.9 КоАП РФ. По достижении 18 лет в октябре 2008 г. был досрочно выпущен из школы. Нигде не работал, деньги на развлечения и покупку наркотика требовал у бабушки под угрозой физической расправы.

Обсуждение. Приведенное наблюдение иллюстрирует развитие у подростка гашишной наркомании. Такую диагностическую оценку подтверждают синдромы измененной реактивности организма на действие наркотика, патологического влечения к наркотику и изменений личности. Формированию гашишной наркомании у И. способствовала совокупность психологических, социальных и биологических факторов. На фоне хронической психотравмирующей ситуации, сложившейся в семье, и неправильного воспитания у И. закреплялись личностные реакции протеста и отказа, черты повышенной возбудимости. В поведении с дошкольного возраста это проявлялось склонностью к раздражению и гневу, которые были явно неадекватны силе внешнего воздействия. Указанные реакции сопровождались агрессивными действиями, направленными на сверстников. Попытки бабушки оказать влияние на становление личности подростка были безуспешными, поскольку присутствовала гипопротекция матери. Для И. характерны и рано сформировавшееся оппозиционное отношение к воспитанию, проявление реакций группирования. С младшего школьного возраста он общался с подростками с делинквентным и аддиктивным поведением. И. рано приобщился к курению табака. В возрасте 12 лет отмечены первые эпизоды употребления наркотика, чему способствовали отсутствие постоянных увлечений и занятий, фактическая безнадзорность. Столь раннее приобщение к конопле обусловило злокачественное течение наркомании, формирование медицинских и социальных последствий заболевания. Заслуживают внимания особенности мотивации на этапе эпизодического употребления конопли — стремление к подражанию подросткам, уже имевшим опыт ее приема. Начало курения конопли носило групповой характер. И. сделал несколько затяжек сигареты с коноплей, которую «пустили по кругу». Первые пробы наркотика

сопровождались защитными реакциями в виде першения в горле, кашля, тревоги. Длительность употребления конопли до развития наркомании у И. составила около 1 года. За это время отмечены первоначально угасание, а затем полное исчезновение защитных реакций, рост толерантности и изменение формы опьянения (симптомы синдрома измененной реактивности организма на действие наркотика). Уже на начальном этапе потребления конопли И. испытывал в опьянении позитивное изменение настроения, дереализационные проявления, вызывающие у него интерес. Переход к систематическому употреблению конопли в анализируемом случае был определен его выраженным эйфоризирующим действием. В картине наркотического опьянения доминировала эйфория, которая оценивалась подростком как чрезвычайно приятное состояние. Оно успокаивало и позволяло отвлечься от проблем в школе и конфликтов дома. Необходимо отметить, что подросток в компании пробовал пить и пиво, однако систематически его не употреблял из-за того, что опьянение пивом сопровождалось не только повышением настроения, но и расслабленностью, что было непривлекательным для него. Доминирование эйфории в картине гашишного опьянения у И. обусловило быстрое формирование патологического влечения к наркотику. Постинтоксикационные нарушения в этот период характеризовались эмоциональной лабильностью, раздражительностью. В связи с тем что для И. эти особенности были присущи и ранее, родственники не проявили необходимой настороженности и фактически начальный этап формирования гашишной наркомании выпал из поля их зрения. Для этого этапа характерен быстрый переход к систематическому употреблению наркотика — с начала 1 раз в 2–3 нед, затем до 3–5 раз в неделю. Наряду с увеличением частоты приема конопли существенно выросла толерантность: от трех затяжек до 2–3, а затем 4 сигарет с коноплей в сутки. Отмечалось увеличение времени опьянения с 30–40 мин до 1–2 ч и времени сохранения постинтоксикационных нарушений до 2–3 сут. Стержневым проявлением гашишной наркомании у подростка является синдром патологического влечения к наркотику. Его структура включала поведенческие, аффективные, идеаторные и соматовегетативные симптомы. Необходимо отметить, что они имели существенные отличия от таковых, описанных в предыдущем наблюдении. В анализируемом случае в структуре синдрома патологического влечения (СПВ) к конопле наиболее ярко представлены поведенческие проявления. Среди них стремление к посещению мест приема конопли, инициирование встреч с друзьями с целью при-

обретения наркотика или обмена информацией о ней, поиск сайтов в сети Интернет для получения сведений о конопле, общение с ее потребителями в Интернете. Целый блок поведенческих симптомов связан с мобильным телефоном. Подросток использовал картинку наркотика как заставку, громкий хохот в качестве звонка мобильного телефона. Поведенческим проявлением СПВ была выраженная суетливость и неусидчивость при упоминании о наркотике, стремление к приобщению других лиц к потреблению конопли, пропуски занятий и нарушение дисциплины в школе, провоцирование конфликтов с членами семьи. Среди аффективных симптомов отчетливо проявлялись существенное оживление эмоций, повышение тона голоса, выраженная жестикуляция при упоминании о конопле, громкий хохот при рассказе об опьянении наркотиком. Отсутствие конопли, невозможность ее употребления сопровождались повышенной раздражительностью, гневливостью, нарастанием конфликтности и вспышками агрессии по отношению к окружающим. Идеаторные компоненты СПВ представлены мыслями о конопле, которые периодически появлялись у И., стремлением беседовать на темы о конопле, провоцированием дискуссии для обсуждения необходимости легализации марихуаны. Сновидения приготовления к потреблению наркотика (изготовление «косяка», сооружение самодельного кальяна) и переживание во сне эйфории в опьянении, ускорение темпа мышления и многословие при обсуждении тем, связанных с приемом конопли, также были идеаторными проявлениями СПВ. Соматовегетативные симптомы представлены тахикардией до 100 уд/мин, сухостью слизистой ротовой полости и губ, облизыванием слизистой губ, интенсивной гиперемией кожи лица, шеи, усилением тремора сомкнутых век, тремором языка и пальцев вытянутых вперед рук. Проявление перечисленных симптомов связано с затрагиванием в беседе с подростком тем, связанных с приемом конопли. Изменения личности, сопровождающие развитие гашишной наркомании, выражались в усугублении преморбидных особенностей, раннем развитии асоциальной направленности личности, многократном совершении уголовно наказуемых деяний, повлекших наказание в виде изоляции. Здесь, как и в предыдущем наблюдении, отчетливо прослеживалась связь между мотивацией преступного поведения и необходимостью поиска денег с целью удовлетворения патологического влечения к приему психоактивного вещества. Причем в анализируемом случае первый опыт асоциального поведения проявился в виде совершения краж денег из дома. В дальнейшем у И. расширился

спектр противоправного поведения за счет совершения грабежей, вымогательства денег у сверстников, младших по возрасту и даже у бабушки под угрозой физической расправы. Наличие личностных изменений подтверждали результаты экспериментально-психологического обследования. В качестве личностных изменений следует рассматривать специфическую трансформацию интересов подростка: прослушивание песен с тематикой действия наркотика; поиск информации о творчестве музыкантов, употребляющих коноплю, и анекдотов о наркотике; покупку и использование одежды с изображением наркотика; коллекционирование аксессуаров с символикой наркотика (напульсники, серьги).

Результаты катамнестического наблюдения свидетельствовали о существенном прогрессировании личностных изменений, снижении контроля над проявлениями эмоций и чувств. В структуре потребностей преобладали естественные потребности, связанные с удовлетворением патологического влечения к приему гашиша. При этом у И. отсутствовала критичность по отношению к негативным индивидуально-личностным особенностям.

Таким образом, преморбидные черты характера И., негативные социальные установки, фактическая безнадзорность, неблагоприятное микросоциальное окружение способствовали активно-прогредиентному типу течения гашишной наркомании. Прогрессирование изменений личности, формирование устойчивой асоциальной направленности быстро привело к нарушению социальной адаптации и изоляции.

Приводим наблюдение, характеризующее клинико-динамические особенности пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией.

Наблюдение 3. Сергей Г., 1990 г.р., обследован 16.04.2008 г. в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы. На момент обследования С. был обвиняемым по ст. 188 ч. 2 УК РФ в контрабанде сильнодействующих веществ. Диагноз: синдром зависимости вследствие сочетанного употребления каннабиноидов и алкоголя, средняя стадия (по МКБ-10 F 19.2).

Анамнестические сведения. До рождения С. отец злоупотреблял алкоголем. Мать прием психоактивных веществ отрицает, имеет 3-ю группу инвалидности из-за патологии зрения. Со своим отцом С. никогда не общался. Родился от первой беременности, которая протекала с угрозой выкидыша. Она сопровождалась токсикозом, в связи с чем мать неоднократно помещалась в отделение патологии беремен-

ности. Родился в затяжных родах, недоношенным массой 2600 г. Из родильного дома был переведен в неврологическое отделение городской детской больницы с диагнозом «перинатальное поражение центральной нервной системы». В последующем находился на учете у невролога вплоть до начала учебы в школе. Обращения к врачу были связаны с пугливостью, страхом темноты, плаксивостью ребенка. Мать из-за проблем со своим здоровьем не всегда выполняла назначения врача. С рождения воспитывался матерью, которая не работала. Проживали в стесненных бытовых условиях — в одной комнате в общежитии. В детский сад С. не ходил. Со сверстниками общался редко, проводил время с матерью, был привязан к ней. Предпочитал играть сам. Отличался нетребовательностью, довольствовался небольшим количеством игрушек. Иногда помогал матери в домашних делах, участвовал в уборке. До школы часто болел простудными заболеваниями, лечился в условиях стационара в связи с воспалением легких, отитом, гайморитом. В возрасте 6 лет научился читать, считать в пределах 100. В 1-й класс пошел в 1997 г. (7 лет). Адаптация к школе проходила тяжело. Ходить на занятия не хотел. Неохотно знакомился с одноклассниками, сторонился их. На переменах предпочитал сидеть за своей партой, боялся выходить в коридор. На замечания реагировал слезами, обижался, мог уйти домой. Школьную программу усваивал хорошо. В начальных классах учился на «четыре» и «пять». Лучше выполнял письменные задания, отвечать у доски перед классом стеснялся. После окончания уроков не задерживался, быстро шел домой. Дружеские отношения не только в классе, но и во дворе не складывались. Свободное время проводил дома — читал, смотрел телепередачи. Отношения с матерью были хорошими. С. охотно помогал ей в домашних делах, выполнял все поручения. К 4-му классу появилась уверенность, выровнялись отношения со сверстниками, хотя к общению с ними не стремился. С 6-го класса успеваемость снизилась: стала сложной программа, снизился интерес к получению хороших оценок. Из-за нежелания готовить уроки возникали ссоры с матерью. После них С. стал уходить из дома, общаться с компанией старших по возрасту подростков. Ему нравилось, что его «заметили и приняли». С удовольствием выполнял их просьбы. Много времени проводил на улице. Стал игнорировать просьбы матери, иногда провоцировал ссоры с ней, если она что-то требовала. Ухудшились отношения с учителями в школе из-за плохих оценок и поведения, пропусков уроков без уважительных причин. В возрасте 12 лет впервые попробовал курить табак в компании старших. В начале прятал сигаре-

ты от матери, а затем «перестал скрывать, что курит». В этом же возрасте друзья первый раз угостили пивом. Сделав глоток пива, почувствовал горький вкус, который «показался интересным и необычным». В 7–8-м классах учился на тройки, иногда были и двойки. Кружки и секции в этот период не посещал, предпочитая все свободное время проводить в компании на улицах. Впервые почувствовал «легкое опьянение от пива» в возрасте 13 лет. Выпил 150 мл (7,5 мл абс. алкоголя) пива средней крепости. Поддался уговорам друзей, «самому не хотелось, но и отказываться было неудобно». Испытал очень приятное изменение состояния в опьянении. Стал разговорчивее, повысилось настроение, окружающие показались ему доброжелательно настроенными. Появилась уверенность, ощутил себя принятым старшими в «свой круг», обрадовался этому. Вернувшись домой, сразу лег спать, поэтому мать ничего не заметила. В течение года (с 13 до 14 лет) пил пиво «от случая к случаю», исключительно по предложению друзей, в связи с какими-либо событиями. Выпивал уже по 250–300 мл пива средней крепости (12,5–15 мл абс. алкоголя), после чего становился веселым, «язык как будто развязывался», «чувствовал себя взрослым». Стал посещать вместе с друзьями дискотеки, танцевал там, но только после приема пива. Чтобы угодить компании, ходил за пивом, не смущался, если ему давали денег для этого. Для покупки пива стал просить деньги у матери, врал ей, что «нужно сдавать их в школу». С 14 лет (в течение 6–8 мес) пробовал разные сорта пива, отличающиеся по вкусу. Однажды выпил водки (30 мл), которая не понравилась из-за привкуса горечи. В последующем от употребления водки отказывался. В выборе пива ориентировался на рекламу и мнение друзей. Немаловажным обстоятельством была невысокая стоимость пива — «покупали самое дешевое». Со временем выбрал для себя две марки пива средней крепости, которые давали «и опьянение, и приятную горечь». Пьянел от дозы 250 мл пива (12,5 мл абс. алкоголя). Если покупал бутылку, то выпивал ее сам, предпочтение отдавал емкости 0,5 л (25 мл абс. алкоголя). Перестал стесняться опьянения, мог вернуться домой с запахом алкоголя, на вопросы матери отвечал, что ей «все кажется». В последующем в беседах с ней не отрицал употребление пива, заявлял, что «это его дело». Прием пива был связан с различными событиями, чаще это были «дни рождения друзей, а потом и дни рождения их друзей». В этот период пиво пил эпизодически: «без системы», «от случая к случаю», «когда нальют». С 14 лет 10 мес стал употреблять пиво систематически: от 1 до 2–3 раз в неделю. Постепенно увеличилась опьяняющая доза до 0,5 л

пива средней крепости (25 мл абс. алкоголя), а также количество употребляемого в течение вечера пива до 1,5–2 л. Иногда в компаниях («поддавался общему настроению») выпивал до 3–4 л пива, испытывал при этом головокружение, тошноту. Утром после приема такого количества пива было «плохо», болела голова, чувствовал слабость, разбитость. В связи с таким состоянием пропускал целый день занятий в школе. Постоянно конфликтовал с матерью из-за нежелания помогать ей по дому, требований отдать часть ее пенсии по инвалидности на развлечения. Вечерами, выходя гулять на улицу, сразу шел к месту, где собиралась компания, чтобы выпить пива. Охотно поддерживал разговор о пиве, обсуждал новую его рекламу, которую видел по телевизору, расспрашивал друзей о «вкусе и крепости новой марки пива». Охотно разделял инициативу о выпивке, вносил на приобретение пива свою часть денег, «выбитых со скандалом» или украденных у матери. С 15 лет 6 мес употреблял пиво 3–4 раза в нед до 3,5–4 л в течение вечера. Чувствовал себя при этом хорошо — «не тошнило» и «голова не болела». В 2005 г. (15 лет) С. был впервые задержан сотрудниками милиции при распитии алкоголя на улице, мать за это привлекли к административной ответственности, а его поставили на профилактический учет в инспекцию по делам несовершеннолетних. Отношения с матерью ухудшились еще более. С. брал из дома деньги без ее разрешения, практически перестал посещать занятия, если и приходил в школу, то без выполненных домашних заданий. Оценки «3» учителя ставили только из жалости к матери. Из школьной характеристики С. видно, что «настроение у него неустойчивое, конфликтует с учителями и учениками. Некритичен к своим поступкам. В последнее время стал чаще нарушать школьную дисциплину, с учителями общается как со сверстниками, не соблюдает субординацию, употребляет нецензурные слова». В 2006 г. (в возрасте 16 лет) закончил 9 классов, после чего устроился грузчиком на оптовый склад алкогольной продукции. Работа привлекала тем, что можно было брать пиво «в счет зарплаты». После работы выпивал почти что ежедневно, стал отдавать предпочтение пиву крепостью 7–9 градусов. Опьяняющая доза составляла 1 л (70–90 мл абс. алкоголя). В течение вечера употреблял до 5–6 л крепкого пива (350–420 мл абс. алкоголя). Пиво пил в компании как со знакомыми, так и с малознакомыми мужчинами разного возраста, «если пивом могли угостить». Иногда покупал одну-две 1,5-литровые бутылки пива средней крепости, приносил его домой. Употреблял пиво в одиночку — «пил, смотрел телевизор, расслаблялся». Игнорировал замечания мате-

ри, даже когда она «начинала кричать, плакать, было все равно». По утрам С. ощущал неприятную сухость во рту, жажду, которые снимал приемом кваса, кефира, большого количества воды. Иногда намеренно не допивал вечером пиво до конца, оставлял его, чтобы утром «поправить здоровье». По требованию матери после окончания 9 классов поступил учиться в профессиональное училище на мастера отделочных работ. Желания учиться не было, пропускал занятия — как целые дни, так и отдельные уроки. Приходил в училище к началу 2-го или 3-го урока, уходил перед последним уроком, чтобы успеть на работу. Конфликтовал с матерью из-за ежедневного приема пива, систематических пропусков занятий. Часто конфликты возникали по утрам, так как С. с трудом удавалось разбудить. После пробуждения проявлял раздражительность, вербальную агрессию по отношению к матери. Заработанные на складе деньги в семейный бюджет не отдавал, тратил их на покупку пива, сухариков, рыбы. Угощал ими друзей, соседей. Заметно изменился по характеру. Исчезли присущие ранее смущение и скованность при общении с людьми. Легко заводил новые знакомства, поводом для общения становилась возможность совместного употребления пива. Однажды из разговора в компании грузчиков узнал о действии конопли. Рассказ привлек внимание тем, что конопля «не давала запаха», «а веселья столько же, как и от пива, а может даже и больше». В конце 2006 г. (возраст 16 лет и 7 мес) впервые попробовал вдыхать дым подожженной марихуаны (листья конопли) через самодельный кальян («бульбулятор»). Первая проба не принесла ожидаемого результата, сопровождалась кашлем, першением в горле. По совету друзей пробовал марихуану еще несколько раз, только «с восьмого раза получилось повеселиться со всеми». Тогда после 2 глубоких вдохов дыма конопли появилась беззаботность, ясность в голове, бодрость. «Мысли текли быстро», «решения приходили легко», «со всеми хотелось говорить, действовать». Все компаньоны представлялись «хорошими друзьями». В тот вечер пиво не употреблял. Вернулся домой через 2 ч, «когда отпустило». Обильно поужинал и лег спать. С того дня С. стал проявлять интерес к эффекту приема конопли, охотно выслушивал «опытных» потребителей, задавал им вопросы. Искал информацию о наркотике на сайтах в Интернете, скачивал для себя интересующие сведения. Охотно рассказывал о конопле друзьям, очень радовался, когда получал их похвалу. Изучил символику наркотика, чтобы быть узнаваемым «своими», купил шапочку и напульсник с изображениями листьев конопли. Научился рисовать листья конопли, процесс казался

ему привлекательным: «как рисуешь, думаешь о ней, настроение повышается, вроде бы как покурил». Особенно нравилось рисовать листья конопли ручкой с зеленым стержнем, если рисовал карандашом, то «эффект был не тот». Однажды, взяв у друзей баллончик с зеленой краской, изобразил граффити в подъезде дома, где жил, «чтобы мимо ходить и радоваться». В течение 6–7 мес (с 16 лет 7 мес до 17 лет 2 мес) употреблял коноплю с частотой 1–2 раза в неделю, при этом количество вдохов ее дыма увеличилось с 2 до 4–5. При отсутствии возможности употребить коноплю с утра возникала повышенная раздражительность, озлобленность. В училище систематически нарушал дисциплину, легко провоцировал конфликты с педагогами, чтобы уйти с занятий. Если по утрам чувствовал головную боль, оставался дома, быстро «шел себе за пивом». Выпив 1–1,5 л пива (70–105 мл абс. алкоголя), «добрел». Продолжал работать грузчиком на складе алкогольной продукции по 4–5 ч во второй половине дня и вечером. Глядя на ящики с пивом, представлял, как будет пить. После работы обязательно «хоть немного, но выпивал». Пил пиво до 5 раз в неделю по 1,5–2 л. Через 6–7 мес раздельного употребления пива и конопли (в 17 лет 2 мес) решил провести эксперимент по одновременному их приему. При «первом опыте», выпив 2 литра пива (140 мл абс. алкоголя), трижды вдохнул дым конопли через самодельный кальян. В результате почувствовал расслабленность, головокружение. «Захотелось посидеть в скверике, никуда не идти, ничего не делать». Обратил внимание, что при сочетанном приеме опьянение такое же, как и при употреблении пива, только в 2 раза сильнее, «будто не 2 л пива выпил, а все 4». Опьянение продолжалось около 4 ч, затем быстро заснул, утром не хотелось вставать, болела голова, испытывал сонливость, сильную сухость во рту. Был более раздражительным, чем после приема пива, закричал на мать «просто так, от нечего делать». Потребовал у нее денег, забрав их, купил себе пива. Выпив его около 1 л, пошел в училище. Однако занятия не посещал, пообщавшись со знакомыми, вернулся домой. По совету друзей провел «второй опыт» по одновременному приему пива и конопли. Сделал в начале 2–3 вдоха дыма конопли через самодельный кальян, ощутил при этом беззаботность, приятное повышение настроения, ускорение течения мыслей. После того как «конопля отпустила», через 30–40 мин выпил около 1 л пива, «чтобы было опьянение без расслабленности». Второй вариант понравился больше, так как «было больше удовольствия от всего, и от конопли и от пива». Утром чувствовал себя лучше по сравнению с первым опытом, даже посетил несколько заня-

тий в училище. Продолжал работать на прежнем месте, часть зарплаты «по-прежнему брал пивом», а часть денег тратил уже на покупку конопли, отдавая свои деньги в компанию. В течение последующих 6 мес (до 17 лет 8 мес) употреблял пиво до 4–5 л практически ежедневно, при отсутствии конопли. Если «доставал коноплю», предпочитал вариант сочетанного приема с последовательностью конопля — пиво. Постепенно увеличил количество вдохов дыма конопли до 6–7, в результате чего продлился период «ускорения мышления» до 1 ч. После его завершения выпивал не более 1,5 л пива, чтобы «не было полной расслабленности». Как следует из характеристики, представленной училищем, «в последнее время С. стал чаще нарушать дисциплину, отношения с педагогами и сверстниками напряженные из-за повышенной подозрительности. Возбудим, утомляем, тревожен, самооценка занижена». В 2007 г. окончил училище, но работать по специальности не стал. Уволился со склада алкогольной продукции из-за плохого самочувствия, сохраняющегося с момента пробуждения в 12–13 ч до 17–18 ч. Оно проявлялось плохим настроением, слабостью, нежеланием что-либо делать («так и лежал бы в кровати»), головокружением, снижением аппетита, повышенной потливостью, дрожью пальцев рук. В таком состоянии легко раздражался, мог накричать на мать, даже если она молчала. Требовал денег на покупку пива и конопли. Научился «поправлять» эти неприятные проявления, используя прием конопли. После 2 вдохов через «бульбулятор» «вроде как успокаивался», меньше раздражался. Иногда даже пытался найти себе работу. Периодически работал подсобником каменщика у частного предпринимателя, «месил раствор». Ежедневно употреблял и коноплю, и пиво. Сначала, используя «бульбулятор», делал 5–7 вдохов дыма конопли, «чтобы посмеяться, расслабиться». После этого выпивал до 2–3 л пива, «чтобы расслабило посильнее и спать захотелось». При отсутствии конопли в течение дня употреблял до 6–7 л пива. Продолжал общаться в прежней компании со старшими по возрасту ребятами, многие из которых уже приобщились к потреблению внутривенных наркотиков. Зарабатываемых денег С. не хватало, поэтому он решил по предложению знакомых привезти из Харькова таблетки. Якобы не знал, для чего они предназначены. Как следует из материалов уголовного дела, 09.02.2008 г. в вагоне поезда «Харьков–Белгород» таможенной службой С. был задержан с незадекларированными 50 таблетками сильнодействующего лекарства трайфейд, которое он пытался провезти в Россию.

Соматическое состояние. Выглядит старше своего возраста. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. На коже нижней трети левого предплечья следы неглубоких царапин (со слов С., нанес себе их во время конфликта с матерью, «чтобы она отстала»). Кожа в области скул слега пастозна и гиперемирована. На остальных участках кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Ритм дыхания правильный. Частота дыхательных движений 12 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 78 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, кровяное давление 120/70 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания всеми отделами, при пальпации безболезненный. При упоминании о пиве и конопле отмечено учащение пульса до 120 в минуту, покраснение кожи лица и шеи, гиперсаливация, сглатывание избытка слюны.

Неврологическое состояние. Лицо симметричное, зрачки округлой формы, их величина соответствует интенсивности освещения. Реакция зрачков на свет живая. Язык располагается по средней линии. Сухожильные рефлексы симметричные, несколько оживленные. Парезов, параличей не выявлено. Мышечный тонус в норме. В позе Ромберга неустойчив. Отмечается мелкий тремор сомкнутых век, пальцев вытянутых вперед рук. Пальценосовую пробу выполняет неуверенно, отмечается усиление дрожания пальцев при приближении кисти к носу. Походка не нарушена.

Психическое состояние. Правильно ориентирован в месте, времени, окружающих лицах, собственной личности. В беседу вступил неохотно, сообщил о плохом самочувствии и нежелании общаться. После просьбы корригировал поведение на непродолжительное время. Адресованные ему вопросы понимал правильно. Испытывал затруднения в процессе формулирования своих ответов, отвечал после пауз-раздумий, преимущественно односложно. В беседе проявил ограниченность понятийного аппарата, засоренность лексикона сленговыми выражениями, в том числе типичными для потребителей пива и конопли («пивасик», «буль»). Жалоб, касающихся состояния здоровья, не предъявил («все хорошо»). При расспросе сообщил, что в последние полгода систематического употребления пива и конопли стал менее активным («иногда ничего не хочется», «так и лежал бы до вечера»). При этом не отрицал, что «мысли заставляют» идти на улицу искать друзей, которые могут угостить пивом, принять в свою компанию для приема конопли. Иногда «мыслей об этом очень много, трудно с ними спра-

виться». Отметил, что «стал злее» и это проявляется прежде всего в отношении к матери, с которой «конфликтов стало больше». «Стал заводиться с пол-оборота», а если тронуть, то «лучше от меня держаться подальше». Не отрицал, что требовал денег у матери и на пиво, и на коноплю и «было все равно, на что она купит хлеба». Подробное описание своего поведения не сопровождалось критической оценкой сложившейся в его жизни ситуации («ну и что?», «у других еще хуже бывает»). Был некритичен как к проявлениям нарушений норм морали (конфликтные отношения с матерью, неуважение к ней), так и к противоправному поведению (привлечение к уголовной ответственности). Не смущался при предъявлении компрометирующих его сведений. При сборе анамнестических сведений испытывал некоторые трудности в указании дат значимых событий жизни. Затруднялся при датировании событий общественной жизни, о некоторых значимых для государства событиях не знал вообще. Легко раздражался при столкновении с трудностями, говорил «а мне этого не надо». Хорошо ориентировался в ценах на пиво и коноплю. Охотно рассказывал о разных вариантах потребления конопли («через сухой буль», «через мокрый»). Располагал большим объемом знаний, касающихся выращивания конопли, покупки и дозирования наркотика, его качества. Высказывания сопровождал типичной для потребителей конопли жестикуляцией, говорил громче, начинал смеяться. Не мог остановить себя, продолжал хохотать при воспоминаниях об опыте употребления конопли в компании, охотно рассказывал, что «видел все криво, даже себя». Многословен был и при обсуждении тем, связанных с приемом пива. Сообщил, что «если сейчас нет возможности «выпить и дунуть», то поговорить об этом тоже приятно». Темп ответов на вопросы был выше по сравнению с таковым при беседе на темы, не связанные с употреблением пива и конопли. Отвечал подробно, охотно вспоминал о том, «где, сколько выпивал». Делился информацией о новых сортах пива («пиво со вкусом лайма», «пиво с соком»). Бравировал тем, что раньше выпивал литр и чувствовал себя пьяным, а сейчас «это как вода». Не смог критически оценить произошедших изменений переносимости алкоголя. Подчеркнул, что «и у других так же». В процессе беседы вдруг заявил: «Вот бы сейчас уйти отсюда и выпить пива». Сообщил, что одинаково нравятся и конопля, и пиво. «Они дополняют друг друга, если плохо с утра после пива, дунешь — и настроение лучше». Описал и влияние пива на плохое настроение и раздражительность «наутро после пыха» — «позволяет успокоить себя». Обратил внимание на то, что «конопля и пиво помога-

ют вместе узнать новые ощущения». Утверждал, что научился их сочетать, чтобы «было интересно». Сообщил, что «и сейчас не смог бы определить, что больше нравится». «Всего хочется», — произнес с улыбкой на лице. Настроение на протяжении всей беседы было нестабильным. Периоды неудовольствия сменялись радостным, приподнятым настроением. Особенно яркие изменения эмоций были вызваны упоминанием о пиве и конопле. О правонарушении, в котором подозревается, сообщил, что по просьбе старших друзей поехал в Харьков за таблетками. «Обещали денег дать, почему бы и не поехать». Полученные деньги планировал потратить на покупку «или пива, или конопли».

Заключение по результатам экспериментально-психологического обследования. Выявлены легко выраженные изменения познавательной деятельности в виде экзогенно-органического симптомокомплекса (истощаемость познавательной деятельности, снижение работоспособности, механической памяти, замедление темпа мышления). В структуре личности установлены асоциальная направленность, черты экстраверсии, интерес к взаимодействию с окружающими на основе малоинформативного проведения времени (прогулки), совместного употребления пива и конопли, эмоциональная нестабильность, акцентуация черт по сенситивно-неустойчивому типу. Отмечалось снижение критичности по отношению к зависимости как от алкоголя, так и от конопли (анозогнозия).

Обсуждение. В приведенном наблюдении представлено описание формирования пивного алкоголизма, осложнившегося гашишной наркоманией. Развитию заболевания способствовали биологические, социальные и психологические факторы. Одним из признаков высокого риска формирования раннего алкоголизма у подростка стал алкоголизм отца, имевший место еще до рождения ребенка. Среди биологических факторов важную роль сыграли также перинатальное поражение головного мозга как следствие неблагополучно протекавшей беременности, недоношенности, затяжных родов. Нарушения деятельности центральной нервной системы в раннем детстве компенсированы не полностью, поскольку должного соблюдения рекомендаций врачей со стороны матери не было. Развитие личности С. проходило в неблагоприятных социальных условиях, связанных с низким материальным обеспечением, воспитанием в неполной семье, отсутствием должного контроля. В дошкольном возрасте отчетливо проявлялись высокая познавательная мотивация, малообщительность, сенситивные черты личности, закреплению которых способствовало воспитание в «домаш-

них условиях». В начальных классах повышенная чувствительность, обидчивость, плаксивость С. затрудняли установление им контактов с одноклассниками. Указанные личностные особенности обусловили трудности усвоения норм дисциплины, самовольные уходы с занятий в школе, а также способствовали формированию низкой неустойчивой самооценки, конформности. Сочетание неблагоприятных биологических, социальных, психологических факторов мы отметили в предыдущих наблюдениях у К. и И. Однако для С. характерно с дошкольного детства проявление черт повышенной чувствительности, обидчивости, зависимости от мнения окружающих лиц. Это личностное своеобразие с начала подросткового возраста обусловило развитие реакций группирования со сверстниками. Основой для них было совместное проведение времени, не имеющее информативного характера (прогулки по улицам). С. был неизбирателен в контактах, для него была актуальной потребность быть «принятым, замеченным» в группе. С целью получения одобрения старших С. приобщился к употреблению табака, а затем и пива. Таким образом, преморбидные особенности личности в виде акцентуации черт сенситивного типа, конформности, потребности в получении одобрения сыграли определенную роль в развитии аддиктивного поведения у С. Отсутствие должного контроля со стороны матери способствовало прогрессированию аддиктивного поведения и быстрому формированию алкогольной зависимости. В случаях К. и И. формированию зависимости от пива у К. и от гашиша у И. также способствовало сочетание личностных особенностей с неблагоприятными стилями семейного воспитания (жестокое обращение, гипопротекция, безнадзорность). Первое опьянение пивом было оценено С. позитивно, что послужило причиной повторных его проб. В процессе эпизодического, а затем систематического употребления пива произошло постепенное развитие синдромов измененной реактивности, патологического влечения к алкоголю, абстинентного синдрома, изменений личности. Длительность периода эпизодического приема пива в анализируемом наблюдении составила 1 год и 10 мес. У К. в первом наблюдении продолжительность этого периода была короче (1 год), что объясняется чертами его личности: активностью, общительностью, склонностью занимать позицию лидера в группе. Систематический прием пива у С. продолжался с 14 лет 10 мес до 16 лет, сопровождался ростом толерантности к алкоголю. Однако скорость роста по сравнению с таковой в первом наблюдении была более высокой. У К. в течение 2 лет 9 мес опьяняющая доза пива увеличилась с 100–150 мл (7,5 мл

абс. алкоголя) до 1,5 л пива средней крепости (75 мл абс. алкоголя), пропала тошнота при приеме большого количества пива. У С. с 13 лет до 15 лет 6 мес (в течение 2 лет 6 мес) опьяняющая доза увеличилась со 150 мл (7,5 мл абс. алкоголя) до 3 л пива средней крепости (150 мл абс. алкоголя). Это можно объяснить личностными особенностями подростков, а именно у К. — гипертимией, у С. — склонностью следовать мнению группы значимых лиц, напиваться вслед за всеми. В период систематического приема пива у К. и С. складывалось избирательное отношение к пиву разных марок, основанное на оценке его вкуса, эффектов опьянения и тяжести постинтоксикационного состояния (у К. «мягко пьется», «голова не болит», у С. «и опьянение дает, и приятную горечь»). Период избирательного отношения к пиву разных марок завершился формированием предпочтения марок пива средней крепости. Упомянутый период и у К., и у С. сопровождался пробами водки. Однако К. из-за неприятных вкусовых ощущений, меньшей доступности и негативных воспоминаний об отце в последующем избегал ее приема. С. также отказался от дальнейшего употребления водки из-за неприятных вкусовых ощущений, но прежде всего из-за того, что в компании было принято употреблять пиво, которое привлекало еще и дешевизной при покупке. Необходимо обратить внимание на достаточно быстрое формирование изменений личности С. Утратились присущие ему ранее черты робости, стеснительности, замкнутости. В то же время появились черты пренебрежительного отношения к матери, которую он ранее любил и к которой был привязан. Личностные изменения у С. на фоне употребления пива сочетались с типичными для подросткового возраста реакциями группирования, связанными с актуальностью потребности в общении. Однако реакции группирования с самого начала проявлялись в виде общения с подростками, основным способом проведения времени для которых были прогулки и совместное употребление пива. У подростка не было потребности в самоутверждении в этой компании, поэтому он охотно занял в ней зависимую позицию, будучи подчиняемым, выполнял функцию «покупателя пива для всех». Личностные изменения проявлялись также в появлении черт лживости, хитрости, что было связано с необходимостью сокрытия от матери фактов приема пива. С течением времени на фоне растущей толерантности скрывать факты употребления пива уже было невозможно, и это способствовало возникновению безразличия к мнению матери, провоцированию конфликтов с ней. Развитие симптомов синдрома измененной реактивности и начальных проявле-

ний изменения личности сопровождалось признаками социальной дезадаптации (пропуски занятий, снижение успеваемости в школе). В структуре зависимости от пива отчетливо проявляются признаки СПВ в виде сочетания поведенческих, аффективных, идеаторных слагаемых. Поведенческие компоненты проявлялись группированием с лицами, потребляющими пиво, проведением времени в их компаниях, поиском денег для его приобретения, в том числе и требованием денег у матери. Аффективные симптомы были представлены подъемом настроения при предвкушении потребления пива, воспоминаниях об опьянении. Идеаторные феномены выражались охотным обсуждением тем, связанных с приемом пива, его рекламы, приятными воспоминаниями употребления пива, опьянения им. Интенсивность симптомов патологического влечения при отсутствии мер медицинской и психосоциальной коррекции способствовала быстрому росту объема потребляемого пива, переходу к приему крепких сортов, к ежедневному употреблению пива. Последнее было связано с возникновением признаков алкогольного абстинентного синдрома: плохое самочувствие, сухость во рту, жажда. Эти ощущения были неприятны, требовали поиска другого вещества, прием которого давал бы подъем настроения, но не сопровождался плохим самочувствием. Первое употребление конопли было по предложению знакомых, сопровождалось защитными реакциями (кашель, першение в горле). В течение нескольких проб конопли (путем вдыхания дыма) указанные защитные реакции организма исчезли, что следует рассматривать как проявление синдрома измененной реактивности — начала формирования гашишной наркомании на фоне пивного алкоголизма. Исчезновение защитных реакций сочеталось с ростом толерантности — С. с целью достижения опьянения увеличивал количество вдохов дыма конопли через самодельный кальян с 2 до 4–5. Опьянение коноплей субъективно воспринималось как приятное. Оно давало возможность почувствовать беззаботность, ясность в голове, бодрость. Немаловажным было и отсутствие наутро после приема конопли неприятных симптомов, которые наблюдались в случае приема только пива. В процессе пробного приема конопли отмечается быстрый переход к сочетанному употреблению пива и конопли, что привело к развитию признаков сочетанной зависимости. Это наиболее ярко иллюстрирует расширение спектра симптомов СПВ — к уже имевшимся поведенческим, аффективным и идеаторным симптомам стали присоединяться новые. Среди вновь появившихся поведенческих симптомов следует отметить группирование с лицами —

потребителями конопли, поиск информации о наркотике, в том числе и в сети Интернет, покупку аксессуаров с символикой наркотика и их использование. В кругу идеаторных симптомов наряду с уже имеющимися, отражающими влечение к пиву (обсуждение новых марок пива и его рекламы), возникли идеаторные симптомы, отражающие влечение к конопле: обсуждение тем, связанных с наркотиком, воспоминания об опьянении коноплей. Стали более широко представленными и аффективные симптомы — подъем настроения вызывали не только разговоры о пиве, но и обсуждение тем, связанных с наркотиком, рисование изображений листьев конопли. Следует отметить, что в момент обследования в психическом статусе С. выявлены признаки патологического влечения и к пиву, и к конопле. Многообразие симптомов возникало при обсуждении тем, связанных с употреблением как пива, так и конопли. Последние симптомы схожи с теми, что были выявлены при обследовании И. (второе наблюдение): стремление охотно обсуждать темы, связанные с приемом наркотика, эмоциональное оживление, активизация жестикуляции при упоминании о наркотике, использование сленговых выражений при описании опыта наркотизации. При этом в поведении С. сохранялись симптомы патологического влечения к пиву. Упоминание о пиве и конопле способствовало возникновению соматовегетативных проявлений СПВ в виде покраснения кожных покровов, гипергидроза, учащения пульса. С. не отрицал наличия потребности в приеме как пива, так и конопли, отметил, что их совместное употребление «дает новые ощущения», а употребление конопли снижает интенсивность симптомов алкогольного абстинентного синдрома. В структуре последнего при сочетанной зависимости от пива и конопли преобладали дисфорические симптомы: недовольство, раздражительность, озлобленность. Взаимовлияние заболеваний обусловило и своеобразие астенической симптоматики — нежелание что-либо делать после пробуждения. Сочетанное течение заболеваний (пивной алкоголизм, гашишная наркомания) обусловило развитие у С. более тяжелых личностных расстройств (по сравнению с больным К.). Это проявилось быстрым формированием асоциальной направленности, трансформацией имевшейся в преморбиде акцентуации по сенситивному типу в акцентуацию сенситивно-неустойчивого типа, эмоциональной неустойчивостью, отсутствием социально-значимых потребностей, нежеланием работать. Сочетанное употребление пива и конопли вызвало нарушения волевой регуляции поведения, проявляющиеся в снижении побуждения к деятельности. Такая клини-

ка волевых нарушений сходна с ранее описанным в литературе «амотивационным синдромом», свойственным гашишной наркомании. Имеющиеся у С. личностные нарушения более тяжелые и развернутые по структуре. Они сочетаются с уже сформированными легкими признаками экзогенно-органического патопсихологического симптомокомплекса, выявленными в ходе психологического обследования. Таким образом, анализ выявленной у С. симптоматики отражает сложную структуру клиники пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией. Она представлена комплексом взаимовлияющих симптомов, отражающих синдромы измененной реактивности, патологического влечения при приеме как пива, так и конопли. В представленном наблюдении описаны более тяжелые расстройства при абстинентном синдроме и более выраженные личностные нарушения, сочетающиеся с органическими проявлениями, что обусловлено взаимовлиянием имеющейся у С. сочетанной наркологической патологии. Следует отметить, что течение заболеваний у С., как и у К. и И., в значительной степени было связано с недостаточным вниманием к состоянию их здоровья со стороны членов семьи. Просматривается и недостаточная осведомленность родителей в отношении проявления пивного алкоголизма и гашишной наркомании. Это обусловливает высокую актуальность разработки для членов семей подростков образовательных программ, имеющих своей целью максимально раннее выявление наркологической патологии.

2.1. СИНДРОМ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА

Клиника синдрома измененной реактивности организма у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, была представлена симптомами, отражающими изменение формы потребления и опьянения, изменение толерантности, исчезновение защитных реакций при приеме пива и конопли. Упомянутые симптомы измененной реактивности нами разделены на неспецифические и специфические. К неспецифическим отнесены симптомы, выявленные у подростков всех обследованных групп. Специфические симптомы измененной реактивности были выявлены на всех этапах формирования сочетанной зависимости: пивного алкоголизма, пробного употребления

конопли, а также на этапе сформированной клинической картины пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией.

Описание клиники синдрома измененной реактивности организма на действие пива и конопли начнем с рассмотрения измененных форм потребления пива и конопли. При изучении наркологического анамнеза установлено, что возраст первого употребления пива у подростков с пивным алкоголизмом (1-я группа) составил 11,5 ± 0,5 года. У подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа) — 11,4 ± 0,7 года ($p > 0,05$). По данным анамнестических сведений, приобщение подростков к употреблению пива произошло по разным причинам. Сравнительная оценка долевого распределения причин первой пробы пива у обследованных 1-й и 3-й групп представлена в табл. 2.1.

Таблица 2.1

Сравнительная оценка долевого распределения причин первой пробы пива у подростков 1-й и 3-й групп

Причина приема	**Группа**						
	1-я ($n = 60$)		**3-я ($n = 60$)**		**φ**	**Всего ($n = 120$)**	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Любопытство	17	28	18	30	0,20	35	29
Давление окружающих	12	20	10	17	0,47	22	19
Следование рекламе	9	15	7	12	0,53	16	13
Предложение родственников	9	15	8	13	0,26	17	14
Утоление жажды	5	8	8	13	0,89	13	11
От скуки	5	8	6	10	0,33	11	9
Случайный прием	3	5	3	5	0	6	5
Итого	60	100	60	100		120	100

Как видно, при всех анализируемых причинах не установлено статистически значимых групповых различий ($p>0,05$). Это свидетельствует об однородности обследованных групп к моменту приобщения к пиву не только по возрасту, но и по причине первой пробы пива. У всех подростков первым пробам пива способствовали существующие в микросоциуме питейные обычаи и традиции, бытующее среди подростков мнение о безвредности пива, его доступность и относительная дешевизна.

В последующем у всех подростков 1-й и 3-й групп был выявлен период эпизодического приема пива с частотой не более 1 раза в месяц (в ходе семейных торжеств, праздников в компаниях друзей). Средняя продолжительность этого периода в 1-й группе составила 14 ± 2 мес, в 3-й группе — 12 ± 4,9 мес ($p > 0,05$). Анализируемый этап у всех подростков сопровождался специфическим симптомом, обозначенным нами как избирательное отношение к пиву различных марок. При этом подростки пробовали разнообразные марки пива. Каждая из них подвергалась оценке, связанной со вкусом и запахом («не горчит», «приятное», «вкусное», «некислое», «мягко пьется»), эффектом опьянения при приеме («хорошо расслабляет»), состоянием после выхода из опьянения («голова наутро не болит») и др. Свой окончательный выбор подростки основывали на сведениях, полученных из рекламы, из разговоров с друзьями, а также на личном опыте предыдущих проб пива.

Часть подростков на этапе эпизодического приема пива осуществляли в компаниях пробы водки. Сравнительная оценка долевого распределения проб водки у обследованных 1-й и 3-й групп представлена в табл. 2.2.

Таблица 2.2

Сравнительная оценка долевого распределения эпизодических проб водки у подростков 1-й и 3-й групп

Пробы водки	Группа						
	1-я ($n = 60$)		3-я ($n = 60$)		φ	Всего ($n = 120$)	
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
Присутствовали	17	28	32	53	2,82*	49	41
Отсутствовали	43	72	28	47	2,82*	71	59
Итого	60	100	60	100		120	100

Примечание. * $p < 0,01$ — значимые статистические различия.

Как видно из таблицы, среди подростков 1-й группы на этапе эпизодического приема пива пробы водки осуществляли 17 (28%) человек, 3-й группы — 32 (53%) человека. Установленные статистически значимые различия ($p < 0,01$) в проявлении данного специфического симптома свидетельствуют о том, что для подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа) на этапе эпизодического приема пива более характерны эпизодические пробы водки. Указанный факт можно расценивать в качестве более высокого аддиктивного потенциала у подростков 3-й группы. Следует отметить, что обследованные подростки в последую-

щем отказались по разным причинам от повторных проб водки. Среди них: нежелание следовать примеру отцов, страдающих алкоголизмом и предпочитающих водку; неприятные вкусовые ощущения, возникшие при пробе водки; относительная недоступность и дороговизна водки; непрестижность ее употребления в среде современных подростков. Описанные особенности, характеризующие этап эпизодического приема пива, аналогичны описанным А.Е. Личко и В.С. Битенским (1991) этапам первых проб, поискового «полинаркотизма».

Дальнейшая динамика формирования пивного алкоголизма характеризовалась переходом к систематическому приему пива. Средняя продолжительность этапа систематического приема пива в 1-й группе составила 24 ± 2 мес, в 3-й группе — 25 ± 3 мес ($p > 0,05$). К началу этого этапа у подростков уже сформировалось избирательное отношение к пиву нескольких приемлемых марок. На этапе систематического приема пива его частота была от 1 до 3–4 раз в неделю. Прием пива здесь происходил преимущественно в группах подростков в уличных компаниях или в гостях. На данном этапе у подростков формировалось предпочтение пива с большей концентрацией абсолютного алкоголя, что было связано с ростом толерантности. Для достижения опьяняющего эффекта подростки не только наращивали объемы потребляемого пива средней крепости (4–5 мл абс. алкоголя), но и переходили к приему пива более крепких марок (7–12 мл абс. алкоголя). К потреблению пива более крепких марок переходили все обследованные, что следует считать специфическим симптомом, характеризующим изменение формы потребления пива. Другой специфический для пивного алкоголизма симптом — пробное употребление конопли. Оно было связано с необходимостью поиска ПАВ с более выраженным опьяняющим эффектом, так как прежние объемы потребляемого пива не вызывали желаемого состояния опьянения («не радовали»). Наряду с этим прием больших объемов пива вызывал неприятные для подростков изменения внешности (одутловатость лица), дискомфортную тяжесть в теле. Немаловажным было и то обстоятельство, что родители уже делали подросткам неоднократные замечания по поводу возвращения домой в алкогольном опьянении, что способствовало возникновению конфликтов. Эти факты стали причиной у подростков 3-й группы начала пробного приема конопли в компаниях. Первым пробам способствовал и миф о принадлежности конопли к «легким наркотикам» — «ломок нет, поэтому не наркотик».

Клинические особенности изменения формы потребления конопли при гашишной наркомании и сочетанной зависимости проявлялись

в формировании избирательного отношения к конопле с различной технологией приготовления. Подростки после процесса сушки подвергали коноплю термической обработке (нагревание на сковороде с сахаром — «каша», отваривание в воде с добавлением сгущенного молока — «молоко»). В последующем у подростков формировалось предпочтение приема высушенных и измельченных листьев конопли. Изменения формы потребления конопли проявлялись и в избирательном отношении к конопле с различной технологией употребления. Часть подростков в начале формирования гашишной наркомании (2-я группа) и в начале этапа пробного употребления (3-я группа) предпочитали прием конопли путем курения сигареты, пущенной по кругу в компании курильщиков. В последующем с целью экономии наркотика и получения большего эффекта от его употребления подростки переходили к приему конопли путем вдыхания тлеющего дыма подожженных листьев конопли через кальяны или самодельные кальяны («бульбуляторы»). Способ дозирования при этом осуществлялся путем измерения количества конопли в наперстках. Изменение формы потребления конопли в данном случае следует рассматривать как отражение роста толерантности.

Далее охарактеризуем изменение толерантности к пиву и конопле в группах обследованных подростков. Опьяняющая доза пива средней крепости при первых пробах в 1-й группе была в пределах 7,5–8 мл абс. алкоголя, в 3-й группе — 6–8 мл абс. алкоголя. На этапе эпизодического приема пива отмечен рост опьяняющей дозы: в 1-й группе — до 25–35 мл абс. алкоголя, в 3-й группе — 30–40,5 мл абс. алкоголя. На этапе систематического приема пива отмечен дальнейший рост опьяняющей дозы. В 1-й группе он выявлен на уровне 45–50 мл абс. алкоголя, в 3-й группе — 50–60 мл абс. алкоголя. Как видно, в динамике заболевания отмечен существенный рост толерантности потребляемого пива: в 3-й группе до 60 мл абс. алкоголя. Это обусловило необходимость поиска нового способа достижения эйфоризирующего эффекта в опьянении, что проявилось в переходе подростков к экспериментированию с употреблением конопли. Первый опыт употребления конопли все обследованные 3-й группы получили в компании друзей. Сами проявили инициативу, так как хотели испытать состояние опьянения, 48 подростков (80%). У 12 подростков (20%) активности в пробе наркотика не было («согласились», «боялись уйти», «подчинились настойчивым просьбам друзей»). Рассмотрим динамику толерантности к конопле на различных этапах заболевания. Опьяняющая доза конопли (количество вдохов дыма конопли при курении) на этапе

пробного употребления составила не более 2–3 вдохов, что было обусловлено проявлением защитных реакций организма на действие конопли (покашливание, першение в горле). Они были зафиксированы и у всех подростков с гашишной наркоманией (2-я группа). Этот факт отражает сходство этапа формирования гашишной наркомании и этапа пробного употребления конопли при сочетанной зависимости (3-я группа). При сочетанной зависимости отмечалась динамика роста толерантности к конопле: до 6–7 вдохов дыма при курении сигареты с коноплей, до 3–4 наперстков конопли при использовании самодельного кальяна. На фоне растущей толерантности у подростков 3-й группы сохранялась стабильная толерантность к употребляемому пиву (100–150 мл абс. алкоголя).

Рассмотрим изменение формы алкогольного, гашишного и смешанного опьянения у обследованных подростков. При первой пробе пива 48 (80%) человек 1-й группы и 50 (83%) человек 3-й группы испытали подъем настроения, от едва заметного улучшения состояния («как-то лучше стало») до выраженной эйфории («веселее стало», «радость появилась»). По 6 подростков в 1-й и 3-й группах (по 10%) испытывали «приятное расслабление», такое же количество (по 6–10%) подростков после первой пробы пива не смогли вспомнить каких-либо значимых для себя и заметных изменений своего состояния. Приведенные данные свидетельствуют о том, что типичная для пивного алкоголизма у подростков форма опьянения — эйфорическая.

Опьянение при сочетанном употреблении пива и конопли приобретало некоторые особенности. Все подростки 3-й группы отмечали отсутствие характерных для начальной стадии гашишного опьянения проявлений: тревоги, страха, подозрительности. У них были не столь выражены аффективные нарушения в виде взрывов хохота, плача, охватывающие компанию курильщиков, стремление к движению. Значительное место в картине смешанного опьянения при сочетанной зависимости занимали психосенсорные расстройства, выявленные у 17 (28%) обследованных. Окружающие предметы воспринимались тусклыми и блеклыми (аллопсихическая деперсонализация). По утверждению одного из подростков, он испытывал при опьянении необычную легкость в теле, свободу движений, чувство невесомости («как будто в пропасть падал»), другой описывал состояние «полета» (соматопсихическая деперсонализация). Такие переживания нравились подросткам, поскольку были «необычными», ранее никогда не испытанными. Установлено, что клиника смешанного опьянения имеет

дозозависимый эффект, так как у 7 (11,7%) подростков при опьянении после приема 2 л пива и вдыхания дыма 2–3 наперстков конопли появлялось ленивое блаженство, погруженность в свои мысли («сидишь в свое втыкаешь, никто не нужен»). Постинтоксикационное состояние при сочетанном приеме пива и конопли у подростков 3-й группы проявлялось вялостью, слабостью, головной болью, жаждой, повышенным аппетитом на протяжении от 3 до 6 ч.

Таким образом, клиника синдрома измененной реактивности организма у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, представлена специфическими и неспецифическими симптомами, отражающими изменение формы потребления и опьянения, изменение толерантности, исчезновение защитных реакций при употреблении пива и конопли. Динамика формы потребления пива характеризуется симптомами избирательного отношения к пиву разных марок, формирования предпочтительного употребления пива с высокой крепостью, эпизодических 1–2-кратных приемов водки, перехода к пробному употреблению конопли. Клинические особенности изменения формы потребления конопли проявлялись в избирательном отношении к конопле с различной технологией изготовления и употребления.

В динамике заболевания на этапе пивного алкоголизма отмечен существенный рост толерантности к потребляемому пиву, что обусловило необходимость поиска нового способа достижения эйфоризирующего эффекта в опьянении. Это выступило в качестве причины перехода подростков к пробному употреблению конопли. Особенности опьянения при сочетанном употреблении пива и конопли — отсутствие характерных для начальной стадии гашишного опьянения проявлений, меньшая выраженность аффективных нарушений, наличие психосенсорных расстройств, большая тяжесть постинтоксикационного состояния.

2.2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ

При исследовании СПВ к алкоголю и конопле у подростков установлена сложная его структура, представленная сочетанием поведенческих, идеаторных, аффективных, соматовегетативных, астенических и сенсорных компонентов. Своеобразием СПВ был полиморфизм проявлений. Они были разделены на неспецифические и специфи-

ческие. К неспецифическим симптомам отнесены нарушения, выявленные у подростков всех обследованных групп, свидетельствующие о влечении к пиву и конопле. Специфические симптомы, отражающие влечение к пиву, наблюдались при пивном алкоголизме и сочетанной зависимости от пива и конопли у подростков 1-й и 3-й групп, отражающие влечение к конопле — при гашишной наркомании и сочетанной зависимости от пива и конопли (у подростков 2-й и 3-й групп).

Начнем с описания поведенческих симптомов СПВ. Неспецифические поведенческие симптомы отражают изменения в различных сферах деятельности подростков. Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических поведенческих нарушений в структуре СПВ в 1-й группе представлена в табл. 2.3.

Неспецифические поведенческие симптомы патологического влечения ярко проявляются в особенностях досуга подростков. У всех обследованных (140 человек) предпочтительным становится посещение мест привычного сбора для приема пива, конопли. Варианты проведения досуга определяются возможностью выхода в Интернет. Подростки ищут сайты в сети Интернет для получения сведений о пиве и конопле. Среди подростков в 1-й группе этот симптом выявлен у 38 (63,33%) человек, во 2-й — у 13 (65%), в 3-й группе — у 24 (40%) человек. Различие показателей в 1-й и 3-й группах статистически значимо (p <0,01). При сравнении частотного распределения во 2-й и 3-й группах также установлены значимые различия (p <0,05). Это свидетельствует о том, что подростки с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией (3-я группа), достоверно реже обращаются к поиску информации о пиве и конопле в Интернете. Указанный факт — следствие снижения интереса к получению новой информации об этих ПАВ.

Общение в Интернете с другими потребителями в 1-й группе осуществляли 31 (51,7%) человек, во 2-й — 14 (70%), в 3-й — 42 (70%) человека. Это связано с потребностью обсуждения сведений, касающихся в одних случаях только пива, в других — только конопли, в третьих — пива и конопли. Подростки 3-й группы общались в сети Интернет достоверно чаще, чем подростки 1-й группы (p <0,05). Указанный факт позволяет квалифицировать выраженную интенсивность патологического влечения у больных 3-й группы, что проявляется необходимостью поиска контактов для приобретения и совместного употребления конопли.

Навыки работы в Интернете позволяли подросткам получать информацию о пиве и конопле. В 1-й группе это осуществляли 23 (38,3%)

Таблица 2.3

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических поведенческих нарушений в структуре СПВ в 1-й, 2-й и 3-й группах

Поведенческие нарушения	Группа							
	1-я (n = 60)		2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		φ1	φ2
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Посещение мест сбора для приема ПАВ	60	100	20	100	60	100	0,00	0
Инициирование встреч для обмена новой информацией о ПАВ	52	86,7	18	90	48	80	0,99	1,10
Экспериментирование с сочетанным употреблением пива и конопли	32	53,3	12	60	52	86,7	−4,15*	−2,41**
Поиск сайтов для получения сведений о ПАВ	38	63,3	13	65	24	40	2,58**	1,96*
Общение с другими потребителями ПАВ в сети Интернет	31	51,7	14	70	42	70	−2,06*	0
Скачивание информации о ПАВ из Интернета	23	38,3	13	65	22	36,7	0,18	2,22*
Обмен полученной информацией о ПАВ	23	38,3	13	65	15	25	1,58#	3,21***
Суетливость при упоминании о ПАВ	52	86,7	19	95	58	96,7	−2,09*	−0,33
Неусидчивость при упоминании о ПАВ	46	76,7	20	100	50	83,3	−0,91	3,26***
Особая активность («смакование») при обсуждении тем приема ПАВ	53	88,3	19	95	56	93,3	−0,96	0,28

Примечание. * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции; φ_1 — здесь и далее, в табл. 2.6, 2.10, 2.13, 2.16 — критерий Фишера при сопоставлении 1-й и 3-й групп; φ_2 — критерий Фишера при сопоставлении 2-й и 3-й групп.

человека, в 3-й — 22 (36,7%). Достоверных различий этих показателей не выявлено. Подростки 2-й группы (65%) получали информацию о конопле из сети Интернет достоверно чаще, чем подростки 3-й группы (p <0,05). Этот факт свидетельствует о том, что на этапе сочетанного употребления пива и конопли уменьшается необходимость получения новой информации об этих ПАВ. Указанная закономерность прослеживается и при анализе другого неспецифического поведенческого симптома — обмена полученной на сайтах информацией. Обмен информацией, касающейся проявления опьянения, во время встреч, общения в Интернете обусловливал проведение «экспериментов», связанных с пробами пива и конопли.

Переходим к описанию специфических поведенческих симптомов, отражающих наличие влечения к пиву. Сравнительная оценка их частотного распределения в 1-й и 3-й группах представлена в табл. 2.4.

Таблица 2.4

Сравнительная оценка частотного распределения специфических поведенческих нарушений в структуре СПВ в 1-й и 3-й группах

Поведенческие нарушения	Группа				
	1-я (n = 60)		3-я (n = 60)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Инициирование встреч для употребления новых марок пива	56	93,3	48	80	2,21*
Обсуждение вкуса новых марок пива	60	100	30	50	8,60***
Обсуждение эффектов опьянения, особенностей состояния после интоксикации	60	100	30	50	8,60***
Прогулки вблизи мест приема пива, магазинов по продаже пива	54	90	46	76,7	1,99*
Трудоустройство на склады алкогольной продукции	9	15	16	26,7	−1,59#
Поездки в другие города с целью посещения пивных фестивалей	8	13,3	5	8,3	0,89
Поиск информации об употреблении пива в других странах	14	23,3	8	13,3	1,42#
Проявление интереса к рекламе пива, оформлению витрин пивных баров	48	80	31	51,7	3,34***

Примечание. * p <0,05; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

Инициирование встреч для употребления новых марок пива выявлено у 56 (93,3%) подростков в 1-й группе, у 48 (80%) — в 3-й группе. Обсуждение эффектов опьянения пивом, особенностей состояния после интоксикации отмечалось у 60 (100%) подростков 1-й группы и 30 (50%) подростков 3-й группы. Обсуждение вкуса новых сортов пива осуществляли 60 (100%) подростков 1-й группы, 30 (50%) подростков 3-й группы. Данные симптомы статистически достоверно реже (p <0,01) встречались у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией. Это связано с тем, что формирование предпочтения определенных марок пива осуществлялось на стадии развития пивного алкоголизма. Со снижением интереса к новым маркам пива в динамике заболевания также следует связывать наличие статистически значимых различий при оценке частотного распределения симптома, проявляющегося в интересе к рекламе пива, оформлению витрин баров, магазинов по продаже пива. Это указывает на некоторое снижение интенсивности патологического влечения к пиву, что связано с появлением на этапе сочетанного приема анализируемых ПАВ специфических поведенческих симптомов, отражающих влечение к потреблению конопли. Это служит подтверждением взаимовлияния заболеваний. Приведенные данные сравнительного анализа специфических поведенческих симптомов патологического влечения к пиву позволяют считать, их частота в структуре СПВ уменьшается на этапе сочетанного приема пива и конопли.

Сравнительная оценка частотного распределения специфических поведенческих нарушений в структуре СПВ во 2-й и в 3-й группах представлена в табл. 2.5.

Специфические симптомы патологического влечения к конопле проявляются наличием у подростков интереса к различным событиям, связанным с потреблением наркотика.

Статистически значимые различия установлены при анализе частотного распределения следующих симптомов: поиск и покупка предметов (одежда, аксессуары, учебные принадлежности) с символикой конопли (p <0,001), изображение символики конопли на школьных принадлежностях (p <0,001); выращивание растений конопли в домашних условиях, в условиях открытого грунта (p <0,01).

Изобретение способов усиления одурманивающего действия наркотика выявлено у 14 (70,0%) подростков во 2-й группе и у 21 (35,0%) подростка в 3-й группе (p <0,01). Уменьшение частоты этого симптома в 3-й группе следует связывать со снижением необходимости поис-

Таблица 2.5

Сравнительная оценка частотного распределения специфических поведенческих нарушений в структуре СПВ во 2-й и 3-й группах

Поведенческие нарушения	Группа				φ
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Поиск и покупка предметов с символикой конопли	20	100	38	63,3	5,04***
Использование символики конопли в качестве заставок в телефоне, компьютере	20	100	56	93,3	2,03*
Использование в качестве звонка телефона песен о наркотике, громкого смеха или хохота	16	80	50	83,3	−0,33
Помещение в память телефона инструкций по изготовлению препаратов конопли, самодельного кальяна	16	80	28	46,7	2,75**
Изображение символики конопли на школьных принадлежностях	20	100	24	40	6,87***
Рисование граффити с коноплей	12	60	19	31,7	2,23*
Нанесение татуировок с листьями конопли	2	10	2	3,3	1,08
Использование символики конопли в дизайнерском оформлении своих квартир, комнат	16	80	32	53,3	2,23*
Выращивание растений конопли в домашних условиях, в условиях открытого грунта	12	60	18	30	2,37**
Покупка через Интернет курительных смесей	7	35	8	13,3	2,01*
Группирование с целью употребления курительных смесей	7	35	8	13,3	2,01*
Посещение кальянных клубов, изучение устройства кальянов	12	60	22	36,7	1,82*
Совершенствование устройства самодельного кальяна	16	80	22	36,7	3,53***
Обучение друзей изготовлению самодельного кальяна	18	90	34	56,6	3,07***
Видеосъемка изготовления самодельного кальяна	6	30	10	16,7	1,23
Хранение частей самодельного кальяна	20	100	58	96,7	1,42#
Использование жестов, специфических для потребителей конопли	20	100	54	90	2,49**

Примечание. * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

ка новых эффектов наркотика, наличием более доступного способа «купирования» патологического влечения в виде употребления пива. Этим же фактом можно объяснить достоверные различия в частоте следующих симптомов: покупка курительных смесей через Интернет, группирование с целью их употребления. Значительное место среди поведенческих компонентов патологического влечения занимали симптомы, связанные с использованием кальянов. Обучение друзей изготовлению самодельного кальяна проводили 18 (90%) подростков 2-й группы, 34 (56,7%) 3-й группы (p <0,001). Этот симптом, свидетельствующий о влечении к конопле, связан с проявлением личностных изменений, отражающихся в реакциях группирования на основе совместного употребления конопли. С реакциями группирования связано хранение подростками при себе частей самодельного кальяна [во 2-й группе — 20 (100%) человек, в 3-й — 58 (96,7%) человек; p >0,05–<0,1]. Этот симптом свидетельствует об интенсивности влечения к потреблению конопли, поскольку наличие частей самодельного кальяна (наперстки, фольга, булавки) позволяет ускорить его сбор в ситуации наличия наркотика и условий для его употребления. На интенсивность влечения также указывало использование подростками в качестве звонка мобильного телефона песен о наркотике, громкого смеха или хохота [во 2-й группе — 16 (80%) человек, в 3-й — 50 (83,3%) человек; p >0,05], напоминающих об опьянении коноплей. Обращение к символике конопли при дизайнерском оформлении своих комнат также отражало у подростков интенсивность патологического влечения к конопле. Во 2-й группе этот симптом выявлен у 16 (80%) подростков, в 3-й — у 32 (53,3%) (p <0,05), что связано со снижением интереса подростков, имеющих сочетанную зависимость, к символике конопли. Это также объясняется наличием взаимовлияния симптомов патологического влечения.

Для снижения интенсивности влечения к конопле подростки использовали фотографии и картинки с ее изображением в качестве заставок в мобильном телефоне, в компьютере [во 2-й группе — 20 (100%) человек, в 3-й — 56 (93,3%) человек; p <0,05], помещали в память мобильного телефона описание изготовления гашиша, самодельного кальяна [во 2-й группе — 16 (80%) человек, в 3-й — 28 (46,7%) человек; p <0,01], рисовали граффити с коноплей, писали сленговые названия наркотика на улицах [во 2-й группе — 12 (60%) человек, в 3-й — 19 (31,7%) человек; p <0,05].

Сравнительная оценка специфических поведенческих симптомов патологического влечения к конопле (у больных 2-й и 3-й групп) пока-

зала, что их частота уменьшается на этапе сочетанного употребления пива и конопли. Это связано с наличием в структуре СПВ симптомов, отражающих влечение не только к конопле, но и к пиву.

Идеаторные симптомы СПВ, как и поведенческие, были разделены на неспецифические и специфические. Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических идеаторных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 3-й группах отражена в табл. 2.6, во 2-й и 3-й группах — в табл. 2.7.

Среди неспецифических выделены: симптомы, отражающие наличие мыслей, связанных с употребляемыми ПАВ; касающиеся содержания сновидений; ассоциированные с особенностями понятий, умозаключений и рассуждений; отражающие своеобразную творческую активность; свидетельствующие об отношении к употреблению рассматриваемых ПАВ; характеризующие отношение к влечению только к пиву и только к конопле и к совместному употреблению пива и конопли.

При описании неспецифических идеаторных симптомов обращает на себя внимание распределение возникающих у подростков мыслей об употребляемых ПАВ. Они выявлены в 1, 2 и 3-й группах во всех случаях (по 100%). Аналогичное распределение касалось и мыслей предвкушения (по 100%). Выделено два варианта этого симптома: мысли предвкушения встреч с друзьями для приема рассматриваемых ПАВ; мысли предвкушения опьянения. Частота воспоминаний о пережитых состояниях опьянения у всех обследованных составила 100%. Во всех анализируемых группах прослеживалась низкая частота мыслей о необходимости прекращения потребления пива и конопли. В 1-й группе они выявлены только у 16 (26,7%) подростков, во 2-й — у 2 (10%), в 3-й группе у 12 (20%) подростков, что отражало снижение критического отношения к потреблению пива и конопли.

Использование в речи сленговых названий пива, конопли, симптомов опьянения наблюдалось во всех случаях (по 100%). Все обследованные подростки осуществляли инициирование обсуждения тем, связанных с приемом ПАВ (пива, конопли, пива и конопли). Активное участие в беседах на темы, связанные с ПАВ, принимали 52 подростка 1-й группы (68,3%), 20 — 2-й группы (100%), 60 — 3-й группы (100%). Подростки 3-й группы достоверно чаще ($p < 0,05$) провоцировали споры при обсуждении тем, связанных с употребляемыми ПАВ. Активное отстаивание «права» на употребление пива, пива и конопли отмечено у 52 подростков 1-й группы (86,7%), у 20 — 2-й (100%), у 58 подростков

Таблица 2.6

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических идеаторных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 3-й группах

Идеаторные нарушения	Группа				φ
	1-я (n = 60)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Симптомы, отражающие наличие мыслей, связанных с употреблением ПАВ					
Периодически возникающие мысли о ПАВ	60	100	60	100	0,00
Мысли предвкушения встреч для приема ПАВ	60	100	60	100	0,00
Мысли предвкушения опьянения	60	100	60	100	0,00
Воспоминания о пережитых состояниях опьянения	60	100	60	100	0,00
Мысли о прекращении потребления ПАВ	16	26,7	12	20	0,87
Симптомы, касающиеся содержания сновидений					
Сновидения: о поиске ПАВ	24	40	34	56,7	−1,84*
о покупке ПАВ	44	73,3	42	70	0,41
об употреблении ПАВ	50	83,3	48	80	0,47
со сценами общения с лицами из компании потребителей	24	40	32	53,3	−1,47#
о пребывании в местах приема ПАВ	20	33,3	43	71,7	−4,33***
Симптомы, ассоциированные с особенностями понятий, умозаключений и рассуждений					
Использование сленговых названий пива, конопли, симптомов опьянения	60	100	60	100	0,00
Замена названий пива и конопли на сленговые	54	90	48	80	1,56#
Инициирование обсуждения тем, связанных с приемом ПАВ	60	100	60	100	0,00
Активное участие в беседах на темы ПАВ	52	86,7	60	100	−4,09***
Провоцирование споров при обсуждении тем, связанных с ПАВ	41	68,3	51	85	−2,19*
Активное отстаивание «права» на употребление ПАВ	52	86,7	58	96,7	−2,09*
Ускорение темпа мышления при затрагивании тем приема ПАВ	50	83,3	60	100	−4,61***
Многоречивость в разговорах о ПАВ	52	86,7	56	93,3	−1,22

Окончание табл. 2.6

Идеаторные нарушения	Группа				
	1-я (n = 60)		3-я (n = 60)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Симптомы, отражающие своеобразную творческую активность					
Сочинение стихов о пиве и конопле	21	35	12	20	1,86*
Рассказы анекдотов о пиве и конопле	46	76,7	14	23,3	3,82***
Симптомы, свидетельствующие об отношении к употреблению ПАВ					
Отрицание фактов приема ПАВ	22	36,7	12	20	2,05*
Оправдание фактов употребления ПАВ	54	90	48	80	1,56#
Преуменьшение частоты приема ПАВ	50	83,3	42	70	1,74*
Преуменьшение доз употребляемого ПАВ	43	71,7	46	76,7	1,73*
Симптомы, характеризующие отношение к влечению к пиву, конопле и совместному употреблению пива и конопли					
Отрицание влечения к приему ПАВ	34	56,7	11	18,3	4,50***
Игнорирование влечения к приему ПАВ	12	20	9	15	0,72
Констатация влечения к приему ПАВ	26	43,3	49	81,67	−4,50***

Примечание. * p <0,05; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

Таблица 2.7

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических идеаторных нарушений в структуре СПВ во 2-й и 3-й группах

Идеаторные нарушения	Группа				
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Периодически возникающие мысли о ПАВ	20	100	60	100	0,00
Мысли предвкушения встреч для приема ПАВ	20	100	60	100	0,00
Мысли предвкушения опьянения	20	100	60	100	0,00
Воспоминания о пережитых состояниях опьянения	20	100	60	100	0,00
Мысли о прекращении потребления ПАВ	2	10	12	20	−1,10

Окончание табл. 2.7

Идеаторные нарушения	Группа				
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Сновидения: о поиске ПАВ	20	100	34	56,7	5,57***
о покупке ПАВ	20	100	42	70	4,49***
об употреблении ПАВ	20	100	48	80	3,59***
со сценами общения с лицами из компании потребителей	20	100	32	53,3	5,83***
о пребывании в местах приема ПАВ	20	100	43	71,7	4,35***
Использование сленговых названий пива, конопли, симптомов опьянения	20	100	60	100	0,00
Замена названий пива и конопли на сленговые	18	90	48	80	1,10
Инициирование обсуждения тем, связанных с приемом ПАВ	20	100	60	100	0,00
Активное участие в беседах на темы ПАВ	20	100	60	100	0,00
Провоцирование споров при обсуждении тем, связанных с ПАВ	20	100	51	85	3,08***
Активное отстаивание «права» на употребление ПАВ	20	100	58	96,7	1,42#
Ускорение темпа мышления при затрагивании тем приема ПАВ	20	100	60	100	0,00
Многоречивость в разговорах о ПАВ	20	100	56	93,3	2,03*
Сочинение стихов о пиве и конопле	6	30	12	20,0	0,90
Рассказы анекдотов о пиве и конопле	17	85	14	23,3	5,19***
Отрицание фактов приема ПАВ	8	40	12	20	1,71*
Оправдание фактов употребления ПАВ	14	70	48	80	−0,90
Преуменьшение частоты приема ПАВ	13	65	42	70	−0,41
Преуменьшение доз употребляемого ПАВ	8	40	46	76,7	−1,30#
Отрицание влечения к приему ПАВ	4	20	11	18,3	0,17
Игнорирование влечения к приему ПАВ	6	30	9	15	1,41#
Констатация влечения к приему ПАВ	16	80	49	81,7	−0,17

Примечание. * p <0,05; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

3-й группы (96,7%). В 3-й группе это проявлялось достоверно чаще (p <0,01), чем в 1-й, реже (p >0,05<0,1), чем во 2-й группе. При общении на темы, связанные с пивом и коноплей, у подростков ускорялся темп мышления. В 1-й группе этот симптом выявлен у 50 (83,3%) подростков, во 2-й и в 3-й группах — у всех обследованных (по 100%). Статистически значимые различия установлены при сравнении показателей 1-й и 3-й групп (p <0,001), что также подтверждает высокую интенсивность влечения к приему ПАВ.

Охарактеризуем неспецифические идеаторные симптомы, отражающие отношение подростков к фактам приема анализируемых ПАВ. Отрицание фактов приема ПАВ выявлено у 22 (36,7%) подростков в 1-й группе, у 8 (40%) — во 2-й группе, у 12 (20,3%) — в 3-й группе. Этот симптом достоверно реже встречался у подростков 3-й группы (p <0,05), что связано с длительностью течения заболевания (здесь подростки неоднократно были замечены родственниками в состоянии опьянения). Оправдание фактов употребления ПАВ отмечено у 54 (90%) подростков в 1-й группе, у 14 (70%) — во 2-й группе, у 48 (80%) — в 3-й группе (p >0,05). Это позволяет считать, что оправдание приема ПАВ одинаково свойственно как подросткам, страдающим пивным алкоголизмом, гашишной наркоманией, так и подросткам с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией.

Преуменьшение частоты приема ПАВ характерно для 50 (83,3%) подростков 1-й группы, 13 (65%) — 2-й группы, 48 (48%) — 3-й группы. Как видно, подростки 3-й группы преуменьшают частоту приема ПАВ достоверно реже (p <0,05), чем подростки 1-й группы. Указанный факт можно объяснить бравированием опытом приема пива и конопли.

К симптомам, отражающим отношение к влечению к приему ПАВ, отнесены отрицание влечения, игнорирование влечения, констатация наличия влечения. При сравнении показателей установлено достоверное различие их частоты в 1-й и 3-й группах (p <0,001). Указанный факт может быть расценен как проявление большей выраженности патологического влечения у подростков, страдающих пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией. Об интенсивности патологического влечения свидетельствуют такие симптомы своеобразной творческой активности, как сочинение стихов о пиве и конопле, рассказы о них анекдотов и историй.

Сравнительная оценка частотного распределения специфических идеаторных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 3-й группах отражена в табл. 2.8.

Таблица 2.8

Сравнительная оценка частотного распределения специфических идеаторных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 3-й группах

Идеаторные нарушения	Группа				φ
	1-я (n = 60)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Описание безвредности приема пива	58	96,7	52	86,7	2,09*
Распространение бытующего мнения о пользе пива для здоровья	57	95	53	88,3	1,36
Провоцирование дискуссии о пользе пива	48	80	38	63,3	2,05*
Ожидание рекламы пива при просмотре телепередач	32	53,3	26	43,3	1,10
Интерес к содержанию рекламы пива при ее просмотре по телевизору	46	76,7	23	38,3	4,38***
Интерес к уличной рекламе пива	45	75	18	30	5,12***
Обсуждение новой рекламы пива	52	86,7	22	36,7	5,99***

Примечание. *p <0,05; ***p <0,001 — значимые статистические различия.

Данные таблицы свидетельствуют о том, что частота неспецифических идеаторных симптомов патологического влечения к пиву выше у подростков 1-й группы. У подростков, страдающих пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, достоверно реже встречаются следующие симптомы патологического влечения: интерес к содержанию телевизионной рекламы пива, к его уличной рекламе, обсуждение новой рекламы, описание безвредности приема пива, провоцирование дискуссий о его пользе. Это является проявлением своеобразия структуры специфических симптомов патологического влечения к приему пива и отражает этапность его формирования.

Сравнительная оценка частотного распределения специфических идеаторных нарушений в структуре синдрома патологического влечения во 2-й и 3-й группах отражена в табл. 2.9.

В анализируемых группах не установлено достоверных различий следующих проявлений: обсуждение подростками возможностей приобретения конопли, рассуждения о преимуществах проживания в Королевстве Нидерланды. Среди специфических для влечения к конопле выявлены симптомы, отражающие творческую активность подростков. Сочинение стихов, анекдотов и историй о потреблении и потребителях конопли отмечено у 15 (75%) человек во 2-й группе

Таблица 2.9

Сравнительная оценка частотного распределения специфических идеаторных нарушений в структуре СПВ во 2-й и 3-й группах

Идеаторные нарушения	Группа				
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Сновидения с тематикой употребления и изготовления конопли	9	45	44	73,3	−2,27*
Распространение мифа о «легких» наркотиках	20	100	52	86,7	2,89***
Обсуждение новых способов повышения качества конопли	20	100	40	66,7	4,77***
Рассуждения на тему о необходимости легализации марихуаны в РФ	20	100	45	75	4,06***
Рассуждения о преимуществах проживания в Королевстве Нидерланды	18	90	37	61,7	0,75
Обсуждение приобретения курительных смесей	15	75	13	21,7	5,92***
Обсуждение приобретения конопли	20	100	60	100	0,00
Сочинение стихов, анекдотов, историй о потреблении и потребителях конопли	15	75	25	41,7	4,24***
Сочинение сказок в подражание Гайдуку	7	35	11	18,3	1,48
Поиск ассоциаций предметов со сленговыми названиями наркотика	16	80	23	38,3	3,40***

Примечание. *p <0,05; ***p <0,001 — значимые статистические различия.

и 25 (41,7%) — в 3-й группе. Своеобразная творческая активность проявлялась у подростков с сочетанной зависимостью достоверно реже (p <0,001). Некоторые подростки сочиняли сказки о потребителях конопли, эффектах опьянения в подражание Гайдуку. Этот симптом выявлен у 7 (35%) подростков 2-й группы, у 11 (18,3%; p >0,05–<0,1) — 3-й группы. Среди подростков с сочетанной зависимостью от пива и конопли достоверно реже (p <0,001) встречается симптом поиска ассоциаций предметов со сленговыми названиями наркотика (например, «гашик» — «карандашик»). Указанный факт — следствие обеднения ассоциаций при сочетанной зависимости в динамике заболевания.

Переходим к описанию аффективных нарушений в структуре СПВ. Частотное распределение неспецифических симптомов в сравнительном аспекте в 1, 2 и 3-й группах отражено в табл. 2.10.

Таблица 2.10

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических аффективных нарушений в структуре СПВ в 1-й, 2-й и 3-й группах

Аффективные нарушения	Группа						φ1	φ2
	1-я (n = 60)		2-я (n = 20)		3-я (n = 60)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Повышение голоса при разговоре о ПАВ	60	100	20	100	60	100	0,00	0,00
Появление улыбки при упоминании о ПАВ	58	96,7	20	100	60	100	−2,00*	0,00
Появление улыбки при воспоминании об опьянении	58	96,7	20	100	58	96,7	0,00	1,42#
Негромкий смех при воспоминании об опьянении	28	46,7	20	100	38	63,3	−1,83*	5,04***

Примечание. * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

При анализе неспецифических аффективных симптомов обращает на себя внимание повышение голоса и активизация жестикуляции при разговоре об употребляемых ПАВ у всех обследованных. У подростков 3-й группы достоверно чаще, чем в 1-й группе, появлялась улыбка на лице при затрагивании в беседе темы приема ПАВ (в 1-й группе симптом выявлен у 58 (96,7%) человек, в 3-й — у 60 (100%) человек; $p < 0,05$), а также негромкий смех при воспоминании об опьянении (в 1-й группе — у 28 (46,7%) подростков; в 3-й группе у 38 (63,3%) подростков; $p < 0,05$). У больных 2-й группы этот симптом наблюдался во всех случаях (100%), что достоверно чаще ($p < 0,001$), чем в 3-й группе.

Объективно определяемая взволнованность при воспроизведении снов с тематикой употребления ПАВ достоверно чаще отмечалась у подростков 3-й группы по сравнению с 1-й ($p < 0,01$). В 3-й группе она выявлялась в 32 (53,3%) случаях, в 1-й группе этот симптом был у 18 (30,0%) человек.

У подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа) выявлен комплекс аффективных симптомов, проявляющихся достоверно чаще, чем у подростков с пивным алкоголизмом (1-я группа). Среди них симптомы, характеризующие проявления эксплозивности: ворчливость, недовольство происходящим вокруг, окружающими людьми, озлобленность, напряженность, угрюмость, взрывчатость, агрессивность, грубость при общении с врачом, лабильность эмоций, легкая изменчивость настроения.

Сравнительная оценка частотного распределения специфических аффективных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 3-й группах отражена в табл. 2.11.

Установлено наличие двух специфических аффективных симптомов влечения к пиву. Статистически значимых различий ($p > 0,05$) при анализе частотного распределения в обоих случаях не установлено. Это свидетельствует о том, что симптомы патологического влечения к пиву сохраняются у подростков с сочетанной зависимостью, что подтверждает этапность формирования СПВ при формировании пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией.

Сравнительная оценка частотного распределения специфических аффективных нарушений в структуре СПВ во 2-й и в 3-й группах отражена в табл. 2.12.

Специфические для патологического влечения к конопле аффективные симптомы (хохот при воспоминании об опьянении коноплей, раздражительность, гневливость при несогласии с мнением о необхо-

Таблица 2.11

Сравнительная оценка частотного распределения специфических аффективных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 3-й группах

Аффективные нарушения	Группа				
	1-я (n = 60)		3-я (n = 60)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Появление улыбки при виде пива	48	80	50	83,3	−0,47
Внутреннее волнение при просмотре рекламы пива	36	60	40	66,7	−0,76

Таблица 2.12

Сравнительная оценка частотного распределения специфических аффективных нарушений в структуре СПВ во 2-й и в 3-й группах

Аффективные нарушения	Группа				
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Хохот при воспоминании об опьянении коноплей	18	90	28	46,7	3,85***
Раздражительность, гневливость при несогласии с легализацией марихуаны	20	100	32	53,3	5,83***

Примечание. *** p <0,001 — значимые статистические различия.

димости легализации марихуаны в России) были выявлены достоверно реже (p <0,001) у подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа). Это свидетельствует о некотором снижении интенсивности аффективных проявлений, сопровождающих воспоминания об опьянении, у подростков с сочетанной зависимостью и подтверждает взаимовлияние заболеваний. Снижение интенсивности влечения к конопле при сочетанной зависимости —следствие взаимовлияния симптомов патологического влечения: специфические аффективные симптомы влечения к конопле ослабляются симптомами влечения к пиву.

Таким образом, у подростков с сочетанной зависимостью сохраняются специфические аффективные симптомы патологического влечения к пиву, наблюдающиеся на первом этапе заболевания. Оценка частотного распределения специфических аффективных симптомов патологического влечения позволяет говорить об изменении их соотношения у подростков с сочетанной зависимостью: сохраняются симптомы влечения к пиву, присоединяются симптомы влечения к приему конопли.

Частота симптомов, характеризующих патологическое влечение к конопле, на этапе сочетанной зависимости достоверно уменьшается.

Далее остановимся на результатах анализа соматовегетативных нарушений в структуре СПВ. Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических соматовегетативных нарушений в структуре СПВ в 1, 2 и 3-й группах отражена в табл. 2.13.

У всех 140 (100%) обследованных подростков выявлено объективно определяемое увеличение частоты сердечных сокращений (ЧСС) при разговоре об употребляемых ПАВ. О наличии сердцебиения во время приближения к местам сбора для употребления ПАВ сообщили 25 (58,3%) подростков 1-й группы и 33 (55%) подростка 3-й группы. Появление ощущения сердцебиения при воспоминании об опьянении отметили 47 (78,3%) подростков 1-й группы и 53 (88,3%) 3-й группы (p >0,05 – <0,1). Аналогичный результат получен при сравнении частоты следующих симптомов: ощущение дрожи в теле, в руках, тяжесть в ногах. Отсутствие достоверно значимых различий в частоте распределения вышеперечисленных соматовегетативных симптомов в 1-й и 3-й группах служит свидетельством их неспецифичности.

В то же время установлены статистически значимые различия частоты распределения следующих соматовегетативных симптомов: ощущение сердцебиения во время пребывания в местах привычного потребления пива и конопли, гипергидроз, усиление блеска глаз при упоминании о пиве и конопле. Это подтверждает интенсивность влечения к ПАВ у подростков с сочетанной зависимостью.

Проанализируем сравнительную оценку частотного распределения неспецифических соматовегетативных нарушений в структуре СПВ во 2-й и в 3-й группах.

Установлены статистически достоверные различия частоты распределения следующих симптомов. На тяжесть в ногах указали 4 (20%) подростка 2-й группы, 25 (38,3%) — 3-й группы (p <0,05). Усиление блеска глаз при упоминании о конопле выявлено у 20 (100%) подростков 2-й группы, 48 (80%) подростков 3-й группы (p <0,001), что отражает наличие у людей с сочетанной зависимостью симптомов влечения к конопле.

Сравнительная оценка частотного распределения специфических соматовегетативных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 3-й группах отражена в табл. 2.14.

Сравнительная оценка частотного распределения специфических соматовегетативных нарушений в структуре СПВ во 2-й и 3-й группах отражена в табл. 2.15.

Таблица 2.13

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических соматовегетативных нарушений в структуре СПВ в 1, 2 и 3-й группах

Соматовегетативные нарушения	Группа						φ1	φ2
	1-я (n = 60)		2-я (n = 20)		3-я (n = 60)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Усиление блеска глаз	36	60	20	100	48	80	−2,42**	3,59***
Гипергидроз	24	40	8	40	33	55	−1,65*	−1,17
Сердцебиение при воспоминании об опьянении	47	78,3	17	85	53	88,3	−1,48#	−0,38
Сердцебиение во время приближения к местам сбора для приема ПАВ	35	58,3	15	75	33	55	0,37	1,64#
Сердцебиение во время пребывания в местах потребления ПАВ	24	40	15	75	35	58,3	−2,02*	1,38#
Объективно определяемое увеличение ЧСС при упоминании о ПАВ	60	100	20	100	60	100	0,00	0,00
Дрожь в теле	21	35	9	45	27	45	−1,12	0,00
Дрожь в руках	17	28,3	7	35	23	38,3	−1,17	−0,27
Тяжесть в ногах	17	28,3	4	20	25	41,7	−1,54#	−1,85*

Примечание. * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

Таблица 2.14

Сравнительная оценка частотного распределения специфических соматовегетативных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 3-й группах

Соматовегетативные нарушения	Группа				φ
	1-я (n = 60)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Гиперсаливация	16	26,7	17	28,3	−0,20
Ощущение сердцебиения при виде витрин с пивом, бутылок пива	48	80	46	76,7	0,49

Таблица 2.15

Сравнительная оценка частотного распределения специфических соматовегетативных нарушений в структуре СПВ во 2-й и 3-й группах

Соматовегетативные нарушения	Группа				φ
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Сухость во рту	18	90	24	40	4,37***
Першение в горле	18	90	5	8,3	7,41***
Покашливание	18	90	6	10	7,18***
Ощущение сердцебиения при общении с лицами из компании потребителей конопли	18	90	38	63,3	2,55**

Примечание. ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия.

Сравнительная оценка частотного распределения специфических соматовегетативных нарушений в структуре СПВ во 2-й и 3-й группах свидетельствует о том, что у подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа) достоверно реже по сравнению с подростками, страдающими гашишной наркоманией (2-я группа), встречаются симптомы в виде сухости во рту, першения в горле, покашливания, ощущения сердцебиения при общении с лицами из компании потребителей конопли. Это свидетельствует об ослаблении при сочетанной зависимости соматовегетативных симптомов влечения к конопле, что следует связывать с наличием симптомов влечения к пиву и их взаимовлиянием.

Ниже приводим результаты сравнительной оценки частотного распределения астенических и сенсорных симптомов в структуре СПВ. Их особенности в 1-й и 3-й группах отражены в табл. 2.16.

Таблица 2.16

Сравнительная оценка частотного распределения астенических и сенсорных нарушений в структуре СПВ в 1-й, 2-й и 3-й группах

Астенические и сенсорные нарушения	Группа							
	1-я (n = 60)		2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		φ1	φ2
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Жалобы:								
на недостаток энергии при выполнении привычной работы	12	20	13	65	45	75	−6,39***	−0,85
на слабость	22	36,7	6	30	34	56,7	−2,21*	−2,11*
на снижение работоспособности	14	23,3	12	60	43	71,7	−5,55***	−0,96
Чувство жара	2	3,3	7	35	15	25	−3,74***	0,85
«Горячая волна», разливающаяся по телу	0	0,0	6	30	4	6,7	−2,87***	2,46**
Сухость во рту при пробуждении	16	26,7	13	65	19	31,7	−0,60	2,63**

Примечание. * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия.

При анализе астенических и сенсорных симптомов в 1-й и 3-й группах установлено наличие статистически значимых различий в частоте встречаемости большинства симптомов, что позволяет говорить о большей степени выраженности астенических и сенсорных компонентов в клинике патологического влечения при сочетанной зависимости по сравнению с клиникой пивного алкоголизма. Это можно объяснить утяжелением клинических проявлений патологического влечения при сочетанной зависимости. Обращает на себя внимание тот факт, что подростки самостоятельно не предъявляли описанные выше жалобы. Они были выявлены при целенаправленном расспросе, что становится следствием недостаточного осознания подростками болезненности имеющейся у них симптоматики. Следует говорить о меньшей представленности в клинике сочетанной зависимости (по сравнению с гашишной наркоманией) сенсорных симптомов, преобладании астенических симптомов, что подтверждает утяжеление клинической картины сочетанной зависимости в динамике заболевания.

Таким образом, клиническая картина СПВ при сочетанной зависимости от пива и конопли у подростков полиморфна. Установлена сложная структура СПВ, характеризующаяся сочетанием поведенческих, идеаторных, аффективных, соматовегетативных, астенических, сенсорных компонентов. Она представлена неспецифическими и специфическими симптомами. Выявлены динамические особенности формирования СПВ. На этапе пивного алкоголизма описаны неспецифические симптомы патологического влечения в сочетании со специфическими симптомами, отражающими влечение к пиву. На этапе пробного приема конопли отмечено присоединение специфических симптомов, отражающих влечение к конопле. На этапе сочетанной зависимости диагностировано сочетание неспецифических симптомов патологического влечения к пиву и конопле, специфических симптомов, отражающих влечение к пиву, специфических симптомов, отражающих влечение к конопле.

У подростков с сочетанной зависимостью в структуре СПВ преобладали поведенческие симптомы. Они проявлялись рядом особенностей, отличающих их от таковых при изолированном пивном алкоголизме и гашишной наркомании. При сочетанной зависимости снижался интерес к получению новой информации о пиве и конопле, к обсуждению информации о них. При этом интенсивность патологического влечения при сочетанной зависимости была более выраженная, что обусловливалось необходимостью поиска контактов для приобре-

тения и совместного употребления конопли, в том числе и в Интернете. У подростков с сочетанной зависимостью статистически достоверно реже встречалось инициирование встреч для употребления новых марок пива, обсуждение эффектов опьянения, вкуса новых сортов пива, особенностей состояния после интоксикации. Это связано с тем, что предпочтение определенных марок пива сформировалось на этапе пивного алкоголизма. По сходной причине отмечалось у подростков с сочетанной зависимостью снижение интереса к рекламе пива, оформлению витрин пивных баров, специализированных магазинов по продаже пива.

Подростки с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, реже провоцировали собеседников на дискуссию о пользе пива, описывали безвредность его приема. Это свидетельствовало об изменении частоты специфических симптомов патологического влечения к приему пива, отражало этапность формирования патологического влечения и своеобразие его проявлений. У подростков с сочетанной зависимостью снижался интерес к символике конопли, что стало результатом взаимовлияния симптомов патологического влечения.

Особенности проявления идеаторных симптомов подтверждали интенсивность патологического влечения к пиву и конопле у подростков с сочетанной зависимостью. Они достоверно реже отрицали факты употребления пива и конопли, преуменьшали частоту их приема и дозы, что связано с длительностью заболевания и формированием личностных нарушений: бравирование опытом приема ПАВ, снижение осторожности при предъявлении симптомов и др.

У подростков с сочетанной зависимостью в результате обследования был выявлен комплекс неспецифических аффективных симптомов эксплозивной направленности. Установлено своеобразное соотношение специфических аффективных симптомов патологического влечения у подростков с сочетанной зависимостью. У них сохранялись симптомы влечения к пиву, присоединялись симптомы влечения к приему конопли с достоверно низкой частотой их выявления по сравнению с подростками, страдающими гашишной наркоманией. Соматовегетативные, астенические и сенсорные слагаемые патологического влечения при сочетанной зависимости у подростков были малочисленны. Их частота фиксировалась ниже таковой, характерной для поведенческих, идеаторных и аффективных симптомов. Большая частота встречаемости астенических и сенсорных компонентов в клинике патологического влечения при сочетанной зависимости по срав-

нению с клиникой пивного алкоголизма, наличие специфических соматовегетативных симптомов, отражающих влечение к конопле и пиву, свидетельствовало о тяжести проявления патологического влечения.

2.3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

При изучении клинических особенностей АС у обследованных подростков установлена его сложная структура, представленная психопатологическими, соматовегетативными и неврологическими нарушениями (рис. 1). Психопатологические нарушения распределены на несколько групп: аффективные — дистолические, эксплозивные, дисфорические, тревожные; астенические и апатические проявления. Среди дистимических симптомов наблюдались снижение настроения, подавленность, неразговорчивость, жалобы на скуку, однообразие, внутренний дискомфорт. К симптомам, отражающим тревожный аффект, отнесены тревога, беспокойство, неусидчивость. Дисфорические симптомы были представлены озлобленностью, ворчливостью, недовольством. В кругу эксплозивных симптомов рассматривались легкая возбудимость, взрывчатость, агрессивность, враждебность, конфликтность, грубость. Астенические симптомы в клинике АС проявлялись лабильностью эмоций, несдержанностью, раздражительностью, вялостью, быстрой утомляемостью, постоянной усталостью, плаксивостью. Среди апатических симптомов формировались безразличие ко всему, нежелание чем-либо заниматься, медлительность.

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов психопатологических нарушений в структуре АС в 1-й и 3-й группах представлена в табл. 2.17.

Начнем с описания дистимических симптомов АС в сравниваемых группах. По ряду из них (снижение настроения, подавленность, внутренний дискомфорт) выявлены статистически значимые различия, которые указывают на большую частоту их встречаемости у подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа). Установлено отсутствие статистически значимых различий (p >0,05) частоты встречаемости у подростков в обследованных группах неразговорчивости, жалоб на скуку и однообразие. Полученные данные дают основание считать,

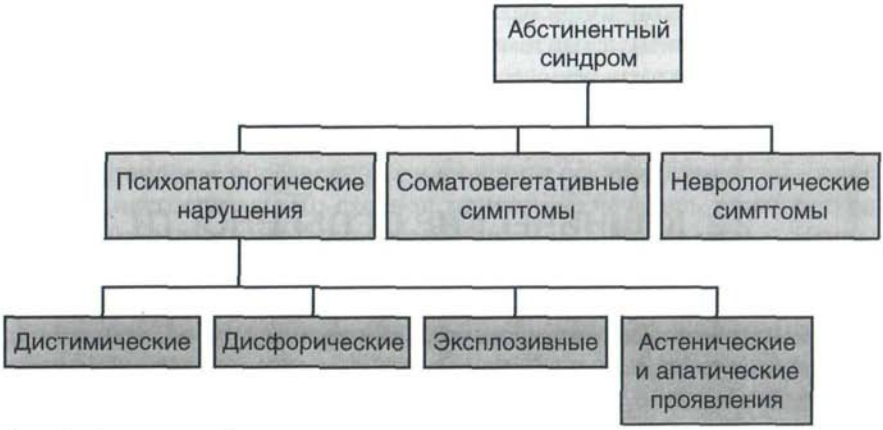


Рис. 1. Структура абстинентного синдрома

что на этапе сочетанной зависимости структура АС усложняется за счет присоединения дистимических проявлений в виде снижения настроения, подавленности, внутреннего дискомфорта.

Среди симптомов, отражающих проявления тревожного аффекта, в структуре абстинентного синдрома преобладает беспокойство. Оно было выявлено у 33 (55,0%) подростков в 3-й группе и у 12 (20,0%) — в 1-й группе (p <0,001).

В сравниваемых группах выявлены статистически значимые различия частоты дисфорических симптомов. На озлобленность указывали 38 (63,3%) подростков 3-й группы и 12 (20%) — 1-й (p <0,001). Ворчливость отметили у себя 36 (60%) человек 3-й группы и 10 (16,7%) — 1-й (p <0,001). Недовольство выявлено у 57 (95%) подростков с сочетанной зависимостью и 32 (53,3%) — с пивным алкоголизмом (p <0,01). Приведенные результаты свидетельствуют о том, что у подростков с сочетанной зависимостью в клинике АС чаще выявляются дисфорические симптомы.

Далее остановимся на проявлениях эксплозивного аффекта, частота выявления которых в сравниваемых группах достоверна. Легкая возбудимость зафиксирована у 46 (76,7%) подростков с сочетанной зависимостью, у 15 (25%) — с пивным алкоголизмом (p <0,001). Агрессивность наблюдалась у 46 (76,7%) обследованных в 3-й группе и 10 (16,7%) — в 1-й группе (p <0,001). Взрывчатость проявлялась у 29 (48,3%) человек в 3-й группе и у 7 (11,7%) — в 1-й группе (p <0,01). Враждебность по отношению к окружающим отметили 30 (50%) подростков 3-й груп-

Таблица 2.17

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов психопатологических нарушений в структуре абстинентного синдрома в 1-й и 3-й группах

Выявленные симптомы	Группа				φ
	1-я (n = 60)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Дистимические					
Снижение настроения	28	46,7	56	93,3	6,96***
Подавленность	22	36,7	43	71,7	3,93***
Жалобы на внутренний дискомфорт	34	56,7	52	86,7	2,38**
Жалобы на скуку и однообразие	10	16,7	15	25	1,23
Неразговорчивость	18	30	24	40	1,15
Тревожные					
Тревога	9	15	16	26,7	1,59
Беспокойство	12	20	33	55	4,07***
Неусидчивость	14	23,3	34	56,7	1,98#
Дисфорические					
Озлобленность	12	20	38	63,3	5,00***
Ворчливость	10	16,7	36	60	5,09***
Недовольство	32	53,3	57	95	4,36**
Эксплозивные					
Легкая возбудимость	15	25	46	76,7	5,95***
Взрывчатость	7	11.7	29	48,3	4,59**
Агрессивность	10	16,7	46	76,7	7,08***
Враждебность	12	20	30	50	3,53**
Конфликтность	26	43,3	34	56,7	1,47
Грубость	22	33,3	38	63,3	2,95**
Астенические					
Лабильность эмоций	26	43,3	54	90	5,82***
Несдержанность	32	53,3	46	76,7	1,44
Раздражительность	23	38,3	38	63,3	3,51**
Вялость	21	35	46	76,7	4,75***
Быстрая утомляемость	22	36,7	40	66,7	3,34***
Плаксивость	2	3,3	5	8,3	1,20
Постоянная усталость	6	10	27	45	5,26***
Апатические					
Пассивность	5	8,3	14	23,3	2,32**
Безразличие ко всему	4	6,7	14	23,3	2,64**
Нежелание чем-либо заниматься	7	11,7	18	30	2,52**
Медлительность	5	8,3	12	20	1,88#

Примечание. ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 —.<0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

пы и 12 (20%) 1-й группы (p <0,01). Грубость при общении с окружающими проявлялась у 38 (63,3%) подростков с сочетанной зависимостью и 22 (33,3%) с пивным алкоголизмом (p <0,01).

Анализ изучения частоты проявления эксплозивного аффекта в клинической картине АС показал значительную его представленность у больных пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией (3-я группа).

Астенические симптомы (лабильность эмоций, вялость, быстрая утомляемость, постоянная усталость) в структуре АС встречались достоверно чаще (p <0,001) у подростков с сочетанной зависимостью. Раздражительность была зафиксирована в 38 (63,3%) случаях в 3-й группе и 23 (38,3%) — в 1-й (p <0,01). Среди апатических проявлений статистически достоверные (p <0,01) различия наблюдались при сравнении в анализируемых группах пассивности, безразличия ко всему, нежелания чем-либо заниматься.

Таким образом, в структуре АС у подростков с сочетанной зависимостью наблюдались психопатологические нарушения, представленные дистимическим, дисфорическим, эксплозивным, тревожным аффектом, а также астенические и апатические симптомы. Их частота была выше, чем у больных с пивным алкоголизмом. Это свидетельствует об утяжелении абстинентного синдрома в динамике заболевания.

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов психопатологических нарушений в структуре АС во 2-й и 3-й группах отражена в табл. 2.18.

При сравнительном анализе выявлены статистически значимые различия дистимических проявлений. Наличие подавленности отметили у 43 (71,7%) подростков с сочетанной зависимостью и 8 (40%) с гашишной наркоманией (p <0,001). Жалобы на скуку, однообразие предъявили 15 (25%) человек в 3-й группе и 14 (70%) — во 2-й (p <0,001). Снижение настроения отметили 56 (93,3%) подростков 3-й группы и 15 (75%) — 2-й (p >0,05–<0,1). На тревогу указывали 16 (26,7%) обследованных 3-й группы и 10 (50%) — 2-й группы (p >0,05–<0,1). Неусидчивость отметили 34 (56,7%) человек 3-й группы и 15 (75%) — 2-й (p >0,05). Беспокойство было выявлено у 33 (55,0%) подростков в 3-й группе и у 12 (60%) во 2-й группе (p <0,05). Отсутствие статистически значимых различий в этом случае отражает одинаковую частоту регистрации в обследованных группах тревожных симптомов в клинике АС.

Таблица 2.18

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов психопатологических нарушений в структуре абстинентного синдрома во 2-й и 3-й группах

Выявленные симптомы	Группа				φ
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Дистимические					
Снижение настроения	15	75	56	93,3	2,03#
Подавленность	8	40	43	71,7	3,80***
Жалобы на внутренний дискомфорт	19	95	52	86,7	1,15
Жалобы на скуку, однообразие	14	70	15	25	3,62***
Неразговорчивость	8	40	24	40	0,00
Тревожные					
Тревога	10	50	16	26,7	1,88#
Беспокойство	12	60	33	55	0,39
Неусидчивость	15	75	34	56,7	1,51
Дисфорические					
Озлобленность	16	80	38	63,3	1,45
Ворчливость	15	75	36	60	1,25
Недовольство	16	80	57	95	1,85#
Эксплозивные					
Легкая возбудимость	17	85	46	76,7	0,82
Взрывчатость	15	75	29	48,3	2,16#
Агрессивность	15	75	46	76,7	1,15#
Враждебность	15	75	30	50	0,56
Конфликтность	17	85	34	56,7	2,48**
Грубость при общении	17	85	48	80	0,51
Астенические					
Лабильность эмоций	12	60	54	90	2,81**
Несдержанность	17	85	46	76,7	0,82
Раздражительность	16	80	38	63,3	1,45
Вялость	15	75	46	76,7	0,15
Быстрая утомляемость	15	75	40	66,7	0,71
Плаксивость	2	10	5	8,3	0,23
Постоянная усталость	6	30	27	45	1,19 #
Апатические					
Пассивность	4	20	14	23,3	0,31
Безразличие ко всему	6	30	14	23,3	0,59
Нежелание чем-либо заниматься	12	60	18	30	2,37**
Медлительность	3	15	12	20	0,51

Примечание. ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

В сравниваемых группах не установлено статистически значимых различий (p >0,05) частоты дисфорических симптомов. Озлобленность была выявлена у 38 (63,3%) подростков 3-й группы и 16 (80%) — 1-й группы. Ворчливость наблюдалась у 36 (60%) человек 3-й группы и 15 (75%) — 1-й группы. Недовольство зафиксировано у 57 (95%) подростков с сочетанной зависимостью и 16 (80%) — с гашишной наркоманией (p >0,05 — <0,1).

Среди симптомов эксплозивного аффекта со статистически значимым различием (p <0,01) зарегистрировано проявление конфликтности. При сочетанной зависимости она была в 34 (56,7%) случаях, у подростков с гашишной наркоманией — в 17 (85%) случаях. Статистически различия на уровне тенденций к достоверности (p >0,05–<0,1) обнаружены в сравниваемых группах при диагностике взрывчатости и агрессивности. По остальным параметрам, характеризующим эксплозивный аффект (легкая возбудимость, враждебность, грубость при общении, конфликтность), достоверных отличий не установлено.

Среди астенических симптомов достоверно чаще (p <0,01) у подростков с сочетанной зависимостью встречалась лабильность эмоций. Она зафиксирована у 12 (60%) человек во 2-й группе и 54 (90%) — в 3-й группе. Статистически различия на уровне тенденций к достоверности (p >0,05 — <0,1) выявлены в сравниваемых группах при диагностике постоянной усталости. Этот симптом наблюдался у 27 (45%) подростков с сочетанной зависимостью и у 6 (30%) с гашишной наркоманией. Статистически значимых различий не отмечено при сравнительной оценке частоты следующих симптомов: несдержанность, раздражительность, вялость, быстрая утомляемость.

Как видно, наибольшее число (4 из 7) астенических симптомов, входящих в структуру АС при гашишной наркомании, являются его составной частью и при сочетанной зависимости. Это свидетельствует о сложности и полиморфизме абстинентного синдрома у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией. Среди апатических проявлений у подростков с сочетанной зависимостью достоверно (p <0,01) реже отмечалось нежелание чем-либо заниматься. Оно диагностировано у 18 (30%) человек 3-й группы и 12 (60%) — 2-й группы. Пассивность отметили у себя 14 (23,3%) подростков с сочетанной зависимостью и 4 (20%) с гашишной наркоманией. Безразличие ко всему выявлено в 14 (23,3%) случаях в 3-й группе и 6 (30%) — во 2-й группе. На медлительность жаловались 12 (20%) обследованных 3-й группы и 3 (15%) — 2-й группы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что на этапе сочетанной зависимости в структуре АС присутствуют астенические и апатические проявления, присущие абстинентному синдрому при гашишной наркомании. Наличие дистимических, тревожных, дисфорических, эксплозивных симптомов указывает на сложность структуры психопатологических нарушений абстинентного синдрома при сочетанной зависимости.

Рассмотрим проявление соматовегетативных и неврологических симптомов АС. Сравнительная оценка их частотного распределения в 1, 2 и 3-й группах представлена в табл. 2.19.

Таблица 2.19

Сравнительная оценка частотного распределения соматовегетативных и неврологических симптомов в структуре АС в 1, 2 и 3-й группах

Симптом	Группа						φ1	φ2
	1-я (n = 60)		2-я (n = 20)		3-я (n = 60)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Трудности засыпания	10	16,7	14	70	30	50	3,99***	1,59
Снижение аппетита	22	36,7	13	65	36	60	1,68#	0,40
Сухость во рту	18	30	3	5	28	46,7	2,78**	3,39***
Головная боль	36	60	13	65	38	63,3	0,37	0,14
Сердцебиение	13	21,7	3	15	24	40	2,19#	2,22#
Боль в области сердца	12	20	5	25	10	16,7	0,47	0,45
Жажда	25	41,7	5	25	23	38,3	0,38	1,11
Гипергидроз	8	13,3	3	15	14	23,3	1,42	0,82
Тремор	4	6,7	2	10	5	8,3	0,33	0,23
Озноб	4	6,7	4	6,7	7	11,7	0,95	0,89
Жар	3	5	3	15	7	11,7	1,35	0,38
Парестезии	3	5	4	20	6	10	1,06	1,10

Примечание. ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

Нарушения сна в виде трудностей засыпания достоверно чаще (p <0,001) были отмечены у подростков с сочетанной зависимостью по сравнению с подростками с пивным алкоголизмом [соответственно 30 (50%) человек, 10 (16,7%) человек]. Достоверно чаще (p <0,01) выявлялась и сухость во рту у подростков 3-й группы (28–46,7%) по сравнению с подростками 1-й группы (18–30%).

Различия на уровне статистической тенденции были выявлены при анализе частотного распределения симптома снижения аппетита [1-я группа — 22 (36,7%) случая; 3-я — 36 (60%) случаев]. Ощущение сердцебиения отмечено у 13 (21,7%) подростков в 1-й группе и у 24 (40%) в 3-й группе (p >0,05–<0,1).

Статистически значимых различий не отмечалось (p >0,05) при сравнительной оценке перечисленных ниже симптомов: боль в области сердца, головная боль, гипергидроз, озноб, жар, тремор, парестезии, жажда.

Таким образом, у подростков с сочетанной зависимостью в структуре АС сохраняются симптомы соматовегетативных и неврологических нарушений, присущие этапу пивного алкоголизма. Выявлено некоторое утяжеление симптоматики абстинентных расстройств в динамике заболевания.

У подростков с сочетанной зависимостью по сравнению с подростками с гашишной наркоманией достоверно чаще (p <0,001) выявлялась сухость во рту (3-я группа — 50% случаев; 2-я — 16,7%). Статистические различия на уровне тенденции к достоверности (р >0,05–<0,1) были зафиксированы при анализе частотного распределения симптома сердцебиения. Статистически значимых различий не выявлено (p >0,05) при сравнении частоты встречаемости следующих симптомов: нарушения сна в виде трудностей засыпания, снижение аппетита, головная боль, боли в области сердца, жажда, гипергидроз, тремор, озноб, жар, парестезии.

Как видно, при сочетанной зависимости в клинике АС сохраняются симптомы соматовегетативных и неврологических нарушений, более характерные для гашишной наркомании.

Таким образом, АС при пивном алкоголизме, осложненном гашишной наркоманией, имеет сложную структуру, представленную сочетанием психопатологических, соматовегетативных и неврологических нарушений. Психопатологические нарушения характеризовались дистимическими, тревожными, дисфорическими, эксплозивными аффективными симптомами, а также астеническими и апатическими проявлениями. В структуре психопатологических нарушений установлено преобладание дистимических, дисфорических и эксплозивных симптомов. Выявлено усложнение клиники АС при пивном алкоголизме, осложненном гашишной наркоманией, в динамике заболевания в результате увеличения частоты дистимических, дисфорических и эксплозивных симптомов.

Наблюдаются также астенические и апатические проявления, более свойственные АС при гашишной наркомании, что подтверждает сложность и полиморфизм абстинентного синдрома при сочетанной зависимости.

2.4. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

При изучении особенностей клиники личностных изменений у подростков с сочетанной зависимостью установлена сложная структура, представленная характерологическими нарушениями, неспецифическими симптомами, характеризующими отношение к болезни и лечению; специфическими симптомами, отражающими трансформацию интересов; симптомами социальной дезадаптации.

Симптомы изменения личности, так же как и патологического влечения, были нами разделены на неспецифические и специфические. К неспецифическим симптомам отнесены нарушения, выявленные у подростков всех обследованных групп. Они проявлялись в характерологических нарушениях, тесно связанных с социальной дезадаптацией. Комплекс специфической трансформации интересов, связанных с употреблением конопли, был описан у подростков 2-й и 3-й групп.

Описание характерологических нарушений в группах обследованных начнем с анализа частотного распределения различных вариантов акцентуаций у подростков в преморбидном периоде. Для этих целей была использована классификация акцентуации личности подростков, предложенная А.Е. Личко. Если преморбидные особенности изучались по данным анамнестических сведений, то на момент обследования варианты акцентуаций выделялись путем анализа результатов использования клинико-психопатологического метода и данных ПДО Личко–Иванова.

Сравнительная оценка частотного распределения типов акцентуаций в преморбидном периоде в 1, 2 и 3-й группах представлена в табл. 2.20.

Акцентуации личности в преморбидном периоде у подростков в 1-й группе по результатам анамнестических сведений распределились следующим образом. Чаще всех встречался неустойчивый тип акцентуации (31,7%). На втором месте по частоте был лабильный тип акцентуации

(18,3%), на третьем — циклоидный (13,3%). Другие типы акцентуаций встречались реже, их частота колебалась от 13,3% (циклоидный тип) до 3,3% (конформный и сенситивный типы).

Таблица 2.20

Сравнительная оценка распределения типов акцентуаций в преморбидном периоде у подростков 1-й, 2-й и 3-й групп

Тип акцентуации	Группа						φ1	φ2
	1-я (n = 60)		2-я (n = 20)		3-я (n = 60)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Неустойчивый	19	31,7	3	15	17	28,3	0,40	1,27
Гипертимный	5	8,3	2	10	12	20	1,88#	1,10
Лабильный	11	18,3	4	20	6	10	1,32	1,096
Циклоидный	8	13,3	3	15	4	6,7	1,22	1,05
Истероидный	7	11,7	4	20	8	13,3	0,27	0,69
Эпилептоидный	5	8,3	3	15	3	5	0,73	1,33
Конформный	2	3,3	2	10	4	6,7	0,87	0,46
Сенситивный	2	3,3	2	10	6	10	1,53#	0,83

Примечание. # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

У подростков во 2-й группе акцентуации личности в преморбидном периоде распределились следующим образом (по мере убывания частоты). Частота истероидного и лабильного типа составила по 20%, неустойчивого, эпилептоидного и циклоидного — по 15%, гипертимного, конформного и сенситивного — по 10%.

У подростков 3-й группы в преморбидном периоде, как и в 1-й группе, зафиксирована наибольшая частота неустойчивого типа акцентуации (28,3%), на втором месте по частоте был гипертимный тип (20%), на третьем — истероидный (13,3%). Частота других типов акцентуаций фиксировалась невысокой (от 10% лабильный и сенситивный типы до 5,0% эпилептоидный тип).

Таким образом, в обследованных группах в преморбидном периоде диагностированы различные типы акцентуаций и их сочетания. У больных 1-й и 3-й групп преобладал неустойчивый тип, 2-й группы — истероидный и лабильный типы.

При анализе типов акцентуаций, выявленных в преморбидном периоде у подростков обследованных групп, не установлено типа (либо их сочетаний), предпочтительного для развития пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией.

Рассмотрим сравнительную оценку частотного распределения типов акцентуаций в структуре личностных изменений в 1, 2 и 3-й группах (табл. 2.21).

Таблица 2.21

Сравнительная оценка частотного распределения типов акцентуаций в структуре личностных изменений в 1, 2 и 3 группах

Тип акцентуации	Группа						φ1	φ2
	1-я (n = 60)		2-я (n = 20)		3-я (n = 60)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Гипертимный	16	26,7	6	30	13	21,7	0,67	0,74
Циклоидный	5	8,3	3	15	5	8,3	0,00	0,82
Лабильный	6	10	4	20	17	28,3	2,62***	0,76
Истероидный	14	23,3	7	35	28	46,7	2,73***	0,93
Неустойчивый	19	31,7	10	50	32	53,3	2,42*	0,26
Эпилептоидный	9	15	3	15	20	33,3	2,38**	1,69#
Конформный	3	5	2	10	2	3,3	1,47	1,08
Сенситивный	2	3,3	1	5	3	5	1,47	0,73

Примечание. * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

Акцентуации личности у подростков в 1-й группе распределились следующим образом (по мере убывания частоты). Неустойчивый тип выявлен в 31,7% случаев, гипертимный — в 26,7%, истероидный — в 23,3%, эпилептоидный — в 15% случаев. Частота лабильного (10%) циклоидного (8,3%), конформного (5%), сенситивного (3,3%) типов была низкой. Преобладала частота неустойчивого типа акцентуации (53,3%). Далее следовали истероидный (46,7%) и эпилептоидный (33,3%) типы. Количество подростков с циклоидной (8,3%), сенситивной (3,3%) акцентуацией было незначительным.

Наибольшая частота встречаемости во 2-й группе принадлежала неустойчивому типу акцентуации, который был выявлен у 50% подростков с гашишной наркоманией. Другие типы акцентуаций выявлялись реже. Истероидный тип был обнаружен в 35% случаев, гипертимный тип — в 30%, лабильный тип — в 20%, циклоидный и эпилептоидный — по 15%. Конформный тип выявлен у 10%, сенситивный — у 5% обследованных.

У подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа) преобладала частота неустойчивого типа акцентуации (53,3%). Далее следо-

вали истероидный (46,7%), эпилептоидный (33,3%) типы. Частота лабильного и гипертимного типов составила соответственно 28,3 и 26%. Количество подростков с циклоидным (8,3%), сенситивным (5%) и конформным (3,3%) типами акцентуации было небольшим. При сравнении частотного распределения акцентуаций личности среди подростков с пивным алкоголизмом (1-я группа) и сочетанной зависимостью (3-я группа) не установлено статистически значимых различий (p >0,05) акцентуаций гипертимного, циклоидного, конформного, сенситивного типов.

У подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа) выявлены статистически значимые различия (p <0,001) частоты акцентуаций лабильного и истероидного типов по сравнению с подростками с пивным алкоголизмом (1-я группа). Лабильный тип акцентуации установлен в 17 случаях (28,3%) в 3-й группе и в 6 (10%) случаях в 1-й группе. Истероидный тип акцентуации выявлен в 28 (46,7%) случаях у подростков 3-й группы и в 14 (23,3%) — у подростков 1-й группы. Это позволяет говорить о том, что в структуре личностных изменений при сочетанной зависимости у подростков достоверно чаще проявляются изменчивость настроения, определяющая отношение к себе и окружающим (черты лабильного типа), потребность во внимании, демонстративность, театральность в поведении (черты истероидного типа). Достоверные различия (p <0,01) установлены также при анализе частотного распределения эпилептоидного типа акцентуации. В 3-й группе он был обнаружен в 20 (33,3%) случаях, в 1-й — в 9 (15%) случаях, что дает основание считать частым проявление у подростков с сочетанной зависимостью склонности к дисфориям и злопамятности, мстительности. Эти особенности личностных изменений тесно связаны с выявленным при анализе СПВ комплексом эмоциональных симптомов, характеризующих проявления эксплозивности (ворчливость, недовольство происходящим вокруг, озлобленность, напряженность, угрюмость, взрывчатость, агрессивность, грубость при общении, лабильность эмоций).

Неустойчивый тип акцентуации диагностирован в 3-й группе в 32 (53,3%) случаях, в 1-й группе — в 19 (31,7%) случаях. Статистически значимые различия (p <0,05) подтверждают более частое проявление у подростков с сочетанной зависимостью по сравнению с подростками с пивным алкоголизмом трудностей формирования социально приемлемых норм поведения (учеба, труд), исполнения обязанностей и долга, достижения общественно значимых целей, податливости мнению других подростков при поиске развлечений.

Таким образом, сравнение вариантов акцентуаций в структуре личностных изменений у подростков в 1-й и 3-й группах показало достоверно более частое проявление акцентуаций неустойчивого, истероидного, лабильного и эпилептоидного типов. Сочетание данных типов акцентуации можно рассматривать как проявление специфических для сочетанной зависимости личностных изменений.

Выявлено статистическое различие на уровне тенденций к достоверности ($p > 0,05 - < 0,1$) при сравнении частоты распределения эпилептоидного типа в анализируемых группах. У подростков с сочетанной зависимостью эпилептоидный тип акцентуации отмечен в 20 (33%) случаях, у подростков с гашишной наркоманией — в 3 (16%) случаях. Это позволяет говорить о большей вероятности проявления в поведении подростков с сочетанной зависимостью черт, присущих эпилептоидному типу, что подтверждает ранее изложенные данные о характерологических нарушениях, отражающихся в особенностях клиники патологического влечения к пиву и конопле.

У подростков с сочетанной зависимостью установлено статистически значимое различие в проявлении черт неустойчивого, истероидного, лабильного и эпилептоидного типов по сравнению с подростками с пивным алкоголизмом. Отсутствие достоверных различий при проявлении данных типов акцентуаций в преморбидном периоде позволяет говорить о том, что в структуре характерологических нарушений при сочетанной зависимости усиливаются либо формируются черты неустойчивого, истероидного, лабильного и эпилептоидного типов. Эти результаты подтверждают изложенные выше данные о специфических для подростков с сочетанной зависимостью эмоциональных проявлениях патологического влечения, отражающихся в комплексе эмоциональных симптомов, характеризующих проявления эксплозивности.

При анализе личностных особенностей подростков во 2-й и 3-й группах был выявлен комплекс симптомов, свидетельствующих о специфической трансформации интересов, связанной с употреблением конопли. В данном комплексе выделены три группы симптомов, отражающих интерес к коллекционированию, поиску новой информации о конопле, а также своеобразное проведение досуга (рис. 2).

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов специфической трансформации интересов в структуре личностных изменений (симптомы коллекционирования) во 2-й и 3-й группах отражена в табл. 2.22.

Рис. 2. Специфические симптомы, характеризующие трансформацию интересов

Таблица 2.22

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов специфической трансформации интересов (симптомы коллекционирования)

Симптом	Группа				φ
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Коллекционирование предметов с символикой конопли	20	100	50	83,3	3,26***
Создание коллекций изображений, видеосюжетов в памяти мобильного телефона, компьютера	20	100	31	51,7	5,95***
Коллекционирование анекдотов и историй о конопле	14	70	30	50	1,59#
Демонстрация коллекций друзьям, инициирование обмена и обмен элементами коллекций	20	100	50	83,3	3,26***

Примечание. *** p <0,001 — значимые статистические различия; # — p >0,05 – <0,1 — различия на уровне статистической погрешности.

О коллекционировании предметов (аксессуаров, фотографий, картинок) с символикой конопли рассказали 20 (100%) подростков 2-й группы и 50 (83,3%) подростков 3-й группы. Демонстрация имеющихся у них коллекций наблюдалась в анализируемых группах у такого же количества подростков. В обоих случаях (p <0,001) различия достоверны. Меньшая частота встречаемости этих симптомов в 3-й группе отражает меньшую интенсивность патологического влечения к конопле у подростков с сочетанной зависимостью. Коллекционировали анекдоты и истории о конопле 14 (70%) подростков 2-й группы, 30 (50%)

подростков 3-й группы (p >0,05 – <0,1). Коллекционирование как проявление специфической для потребителей конопли трансформации интересов отражает стремление подростка быть интересным другим потребителям и «как бы заново переживать опьянение», просматривая, прочитывая и прослушивая свои коллекции, снижая таким образом интенсивность патологического влечения к конопле.

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов специфической трансформации интересов в структуре личностных изменений (симптомы поиска новой информации о конопле) во 2-й и в 3-й группах отражена в табл. 2.23.

Таблица 2.23

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов специфической трансформации интересов (симптомы поиска новой информации о конопле)

Симптом	Группа				φ
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Изучение информации о Королевстве Нидерланды	12	60	22	36,7	1,82*
Поиск и изучение информации о субкультуре растаманов	13	65	14	23,3	3,36***
Поиск:	9	70	16	26,7	3,47***
новых «сказок» Д. Гайдука					
анекдотов и историй о конопле	14	70	30	50	1,59#
новых песен о конопле	9	45	17	28,3	1,35#
информации о творчестве музыкантов, употребляющих коноплю	12	60	19	31,7	2,23*
Интерес к агротехнике конопли	12	60	18	30	2,37**
Изучение способов усиления одурманивающего действия конопли	14	70	21	35	2,77**
Поиск и изучение информации о растениях-энтеогенах	12	60	11	18,3	3,44***
Поиск и изучение информации о курительных смесях	8	40	16	26,7	1,10

Примечание. * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 различия на уровне статистической тенденции.

Допустимость и безнаказанность употребления конопли — одно из основополагающих проявлений растаманской субкультуры — обусловливают поиск и изучение потребителями конопли информации

о ней. Подростки с сочетанной зависимостью (14 человек; 23,3%) достоверно реже (p <0,001) осуществляли этот поиск по сравнению с подростками с гашишной наркоманией (13 чел; 65%). Статистически достоверные различия частотного распределения этих симптомов связаны с уменьшением у подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа) интереса к получению новой информации, что следует рассматривать как проявление утяжеления симптоматики. Подростки 3-й группы (16 человек; 26,7%) достоверно реже (p <0,001), чем подростки 2-й группы (9 человек; 70%) осуществляли поиск новых «сказок» Д. Гайдука, автор которых описывает эпизоды употребления конопли и поведение в состоянии одурманивания. Подростки с сочетанной зависимостью (19 человек; 31,7%) достоверно реже (p <0,05) по сравнению с подростками с гашишной наркоманией (12 человек; 60%) осуществляли поиск информации о творчестве музыкантов, не скрывающих употребления конопли. Выявленные достоверные различия можно объяснить уменьшением у подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа) интереса к поиску новых сведений о конопле, что становится следствием нарастания тяжести волевых нарушений. Поиск анекдотов и историй о конопле проводили 30 (50%) подростков 3-й группы и 14 (70%) подростков 2-й группы, поиск новых песен о конопле — 17 (28,3%) подростков 3-й группы и 9 (45%) подростков 2-й группы. В обоих случаях установлено статистически достоверное различие на уровне тенденций. Известно, что в упомянутых анекдотах, историях, песнях описывается процесс употребления конопли, опьянение ею. Чтение и прослушивание информации об этом позволяют подросткам снизить интенсивность влечения к употреблению конопли при ее недоступности, а также найти общие темы для разговора подросткам как с гашишной наркоманией, так и с сочетанной зависимостью.

При сравнении показателей 2-й и 3-й групп установлены статистически значимые различия в проявлении следующих симптомов. Подростки с сочетанной зависимостью (18 человек, или 30%) достоверно реже (p <0,01) по сравнению с подростками с гашишной наркоманией (12 человек, или 60%) проявляли интерес к агротехнике конопли. Изучение способов усиления одурманивающего действия конопли осуществляли 14 (70%) подростков 3-й группы и 21 (35%) подросток 3-й группы (p <0,01). Меньшая частота этих симптомов в 3-й группе объясняется снижением интереса к самостоятельному выращиванию конопли, поиску новых способов усиления эффектов наркотика. Здесь отражается связь между личностными изменениями у подростков

с сочетанной зависимостью и симптомами патологического влечения. Уменьшение интереса к конопле обусловлено наличием у подростков с сочетанной зависимостью более доступного способа «купирования» патологического влечения в виде употребления пива. Значимых различий показателя «поиск и изучение информации о курительных смесях» не получено ($p > 0,05$). Подростки 2-й группы (8 человек, 40%), подростки 3-й группы (16 человек, 26,7%) изучали информацию о курительных смесях с целью сокрытия фактов приема конопли, так как в рекламе курительных смесей говорилось о том, что они дают эффект, аналогичный употреблению конопли, но при этом медицинское освидетельствование положительных результатов на каннабиноиды не дает.

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов специфической трансформации интересов в структуре синдрома личностных изменений (симптомы своеобразного проведения досуга) во 2-й и в 3-й группах отражена в табл. 2.24.

Видеосъемку процесса изготовления гашиша осуществляли 7 (35%) подростков 2-й группы и 12 (20%) подростков 3-й группы (статистические различия на уровне тенденций $p > 0,05 - < 0,1$). Фотографировали растения конопли, марихуану, гашиш 13 (65%) подростков 2-й группы, 31 (51,7%) подросток 3-й группы ($p > 0,05$). Это отражает наличие интереса к конопле, а также служит способом приобретения своеобразного авторитета среди ее потребителей.

Подростки с сочетанной зависимостью (27 человек, или 45%) достоверно реже ($p < 0,001$) по сравнению с подростками с гашишной наркоманией (16 человек, или 80%) осуществляли просмотр видеоклипов, художественных фильмов с тематикой, касающейся конопли. Статистически значимые различия установлены также при сравнительном анализе частотного распределения следующих симптомов. Чтение книг, в которых описывается действие конопли, наблюдалось у 14 (23,3%) человек из 3-й группы и 12 (60%) человек 2-й группы ($p < 0,001$). Достоверно реже ($p < 0,001$) подростки с сочетанной зависимостью (16 человек, или 26,7%), чем подростки 2-й группы (9 человек, или 70%), прослушивали «сказки» Д. Гайдука. Также достоверно реже ($p < 0,05$) при сочетанной зависимости (19 случаев, или 31,7%) обсуждалась информация о творчестве музыкантов, употребляющих коноплю, по сравнению с подростками с гашишной наркоманией (12 случаев, или 60%). Писали музыку к стихам о конопле 6 (10%) подростков с сочетанной зависимостью и 3 (15%) подростка с гашишной наркоманией ($p < 0,001$). Приведенные данные свидетельствуют о том, что у подрост-

ков с сочетанной зависимостью сохраняются симптомы своеобразного проведения досуга, связанные с коноплей. Статистические различия указывают на то, что при сочетанной зависимости интерес к этим способам проведения досуга снижается. Это можно объяснить сужением сферы интересов у подростков с сочетанной зависимостью, необходимостью поиска способов удовлетворения патологического влечения не только к конопле, но и к пиву.

Таблица 2.24

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов специфической трансформации интересов (симптомы своеобразного проведения досуга)

Симптом	Группа				φ
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Видеосъемка изготовления препаратов конопли	7	35	12	20	1,31#
Фотографирование растений конопли, марихуаны, гашиша	13	65	31	51,7	1,05
Просмотр видеоклипов, художественных фильмов с тематикой, касающейся конопли	16	80	27	45	2,88***
Поиск и просмотр мультфильмов, созданных на основе анекдотов о конопле	6	30	12	20	0,90
Дублирование эпизодов мультфильмов и видеофильмов с использованием информации о конопле	3	15	3	5	1,33#
Чтение литературных произведений с описанием действия конопли	12	60	14	23,3	2,96***
Прослушивание «сказок» Д. Гайдука	9	70	16	26,7	3,47***
Покупка, прослушивание музыкальных дисков с песнями о конопле и ее действии	9	45	17	28,3	1,35#
Обсуждение информации о творчестве музыкантов, употребляющих коноплю	12	60	19	31,7	2,23*
Посещение концертов музыкантов, не скрывающих фактов приема конопли	5	25	14	23,3	0,15
Написание музыки к стихам о конопле	3	15	6	10	4,46***

Примечание. * p <0,05; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 различия на уровне статистической тенденции.

С целью «купирования» эмоционального напряжения при невозможности употребления конопли подростки покупали и прослушивали диски с песнями о конопле: 17 (28,3%) человек в 3-й группе и 9 (45%) человек во 2-й (p >0,05 – <0,1); посещали концерты музыкантов, не скрывающих фактов приема конопли 14 (23,3%) человек в 3-й группе и 5 (25%) человек — во 2-й группе (p >0,05). Искали и смотрели мультфильмы, созданные на основе анекдотов о конопле, 12 (20%) подростков с сочетанной зависимостью и 6 (30%) подростков с гашишной наркоманией (p >0,05).

Личностные изменения у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, имеют сложную структуру, которая включает в себя характерологические нарушения, неспецифические симптомы, отражающие отношение к болезни и лечению, комплекс специфических симптомов, характеризующих трансформацию интересов, расстройства социальной адаптации. У подростков в динамике заболевания пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, наблюдается нарастание симптомов расстройства социальной адаптации, проявляющихся в учебной деятельности, семейных отношениях, утрате увлечений. Установлены симптомы дезадаптации, типичные для этапа пивного алкоголизма: нарушение дисциплины, провоцирование конфликтов с педагогами, пропуски занятий в учебном заведении, в кружках и секциях. На этапе сочетанной зависимости отмечается дальнейшее усугубление расстройств социальной адаптации: прекращение обучения, конфликты с членами семьи, уходы из дома, постепенная утрата навыков ухода за внешностью и др. Специфические характерологические нарушения на этапе сочетанной зависимости — одновременное присутствие в клинике акцентуаций неустойчивого, истероидного, лабильного и эпилептоидного типов. Симптомы, отражающие отношение подростков с сочетанной зависимостью к оказанию специализированной наркологической помощи, проявляются уклонением от медицинской помощи, демонстрацией скептического отношения к ней, враждебным отношением к медицинским работникам наркологических учреждений, прерыванием лечения. Комплекс симптомов специфической трансформации интересов, связанных с употреблением конопли, описанных на этапе сочетанной зависимости, характеризуется симптомами коллекционирования, поиска новой информации о конопле и своеобразного проведения досуга. Симптомы специфической трансформации интересов позволяют снизить эмоциональное

напряжение при невозможности у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией.

Симптомы, отражающие специфическую трансформацию интересов, легко выявляемые. Их могут использовать медицинские работники, члены семьи и представители субъектов профилактики при диагностике гашишной наркомании и пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией, на этапах пробного употребления конопли и сочетанной зависимости от пива и конопли.

Симптомы социальной дезадаптации проявлялись в значимых сферах деятельности подростков (учебный процесс, хобби, общение в семье). Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических симптомов социальной дезадаптации в структуре личностных изменений в 1-й и 3-й группах представлена в табл. 2.25.

Таблица 2.25

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов социальной дезадаптации в 1-й и 3-й группах

Симптом	Группа				φ
	1-я (n = 60)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс	%	
Нарушение дисциплины в учебном заведении	56	93,3	40	66,7	3,87***
Провоцирование конфликтов с педагогами	56	93,3	48	80	2,21*
Пропуски занятий в учебном заведении	56	93,3	48	80	2,21*
Уходы с занятий	35	58,3	37	61,7	−0,38
Инициирование перевода в вечернюю школу	12	20	17	28,3	−1,07
Прекращение обучения	11	18,3	24	40	−2,66**
Пропуски занятий в кружках и секциях	14	23,3	2	3,3	3,52***
Прекращение занятий в кружках и секциях	32	53,3	38	63,3	−1,11
Провоцирование конфликтов с членами семьи	58	96,7	60	100	−2,00*
Уходы из дома	7	11,7	18	30	−2,53**
Неряшливость	8	13,3	18	30	−2,26*
Утрата навыков ухода за внешностью	10	16,7	26	43,3	−3,25***
Безразличие к мнению окружающих о себе	28	46,7	52	86,7	−4,87***

Окончание табл. 2.25

Симптом	Группа				φ
	1-я (n = 60)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс	%	
Привлечение к административной ответственности в связи с приемом пива	50	83,3	60	100	−4,61***
Постановка на профучет вправоохранительных органах	58	96,7	60	100	−2,00*

Примечание. * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия.

Среди симптомов социальной дезадаптации выделена группа симптомов, отражающих нарушение учебной деятельности. Нарушение дисциплины в учебном заведении выявлено у 56 (93,3%) подростков 1-й группы и 40 (66,7%) подростков 3-й группы (p <0,001). Это позволяет сделать вывод о том, что на этапе формирования пивного алкоголизма у подростков проявлялись трудности адаптации к требованиям дисциплины. Достоверные различия между 1-й и 3-й группой свидетельствуют о том, что в 3-й группе к моменту обследования сократилось число обучающихся в связи с тем, что они из-за тяжести состояния не справлялись с усвоением учебной программы и прекращали обучение. Подростки с сочетанной зависимостью (24 человека, или 40%) прекращали обучение достоверно чаще (p <0,01) по сравнению с подростками с пивным алкоголизмом (11 человек, или 18,3%). Прекращение обучения у подростков 3-й группы было связано с нарастанием тяжести симптоматики сочетанной зависимости, резким снижением познавательной мотивации. Для этапа формирования пивного алкоголизма были характерны начальные проявления дезадаптации в учебном заведении в виде провоцирования конфликтов с педагогами и пропусков занятий. Конфликтные отношения, трудности адаптации к дисциплине обусловили пропуски занятий, которые были установлены у 56 (93,3%) подростков с пивным алкоголизмом (1-я группа) и 48 (80%) подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа). Эти симптомы статистически значимо чаще (p <0,01) выявлены у подростков с пивным алкоголизмом, что позволяет использовать их для диагностики начальных проявлений учебной дезадаптации на данном этапе развития сочетанной зависимости. Изменение интересов, снижение познавательной мотивации приводили без достаточных для этого оснований к уходам с занятий, переводу на вечернюю форму обучения в школе. Уходы с занятий были

зафиксированы у 35 (58,3%) человек 1-й группы и 37 (61,7%) человек 3-й группы, инициирование перевода на вечернюю форму обучения у 12 (20%) подростков 1-й группы и 17 (28,3%) подростков 3-й группы. Значимых различий при анализе частотного распределения обоих симптомов не установлено, что отражает их неспецифичность. Пропуски занятий в кружках и секциях зафиксированы у 14 (23,3%) подростков 1-й группы, что статистически значимо чаще (p <0,001) по сравнению с проявлением данного симптома в 3-й группе (2 подростка, или 3,3%). Указанный факт связан с тем, что подростки с сочетанной зависимостью крайне редко посещают какие-либо кружки и секции, прекращая это еще на этапе развития пивного алкоголизма. Результаты анализа показали, что подростки с сочетанной зависимостью (60 человек, или 100%) достоверно чаще (p <0,05) провоцировали конфликты с членами семьи по сравнению с подростками с пивным алкоголизмом (58 человек, или 96,7%). Это следствие нарастания эмоционально-волевых нарушений, высокой интенсивности патологического влечения и поиска способов его удовлетворения (требование денег у родственников, кражи денег и драгоценностей из дома, продажа бытовой техники, вынесенной из дома). Уходы из дома, связанные с последствиями конфликтов с членами семьи, отмечены у 7 (11,7%) подростков 1-й группы и 18 (30%) подростков 3-й группы. Большая частота анализируемого симптома (p <0,01) у подростков с сочетанной зависимостью отражает нарастающие эмоционально-волевые нарушения и высокую интенсивность патологического влечения к ПАВ, которые подтверждаются большей частотой (p <0,001) проявлений безразличия подростков с сочетанной зависимостью к мнению окружающих о себе по сравнению с подростками с пивным алкоголизмом. Данный симптом выявлен у 52 (86,7%) человек в 3-й группе и у 28 (46,7%) человек в 1-й группе. Значимые проявления социальной дезадаптации — задержания подростков сотрудниками милиции и привлечение к административной ответственности в связи с употреблением пива. К моменту обследования 50 (83,3%) подростков из 1-й группы были задержаны при распитии пива или в алкогольном опьянении и привлечены к административной ответственности. В 3-й группе эта мера применялась ко всем 60 (100%) подросткам. Установленные статистически значимые различия частоты встречаемости данного симптома (p <0,001) подтверждают высокую интенсивность влечения к приему пива у подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа), а также утрату ими опасения быть задержанными при совершении правонарушения. К моменту обследования

58 (96,7%) подростков 1-й группы и 60 (100%) подростков 3-й группы уже состояли на профилактическом учете в инспекции по делам несовершеннолетних (различия статистически значимы — $p < 0,05$). Несмотря на пребывание на профилактическом учете в органах внутренних дел, подростки 3-й группы продолжали совершать правонарушения, что указывает на формирование криминальной направленности личности при сочетанной зависимости. Полученные результаты требуют активизации профилактической работы, проводимой представителями организаций — субъектов профилактики с подростками с пивным алкоголизмом и сочетанной зависимостью.

Личностные изменения подростков с сочетанной зависимостью отражались и в большей криминальной активности, преобладании среди преступлений насильственных. Среди обследованных в 3-й группе кражи совершили 14 (23%) человек, грабежи — 16 (26%) человек, разбойные нападения — 2 (3%) человека, 2 (3%) человека совершили убийство, 2 (3%) несовершеннолетних — акты вандализма, 2 (3%) были подозреваемыми в совершении изнасилования и нанесении тяжких телесных повреждений, повлекших смерть потерпевшего; 8 (13%) привлекались в связи со сбытом наркотиков, 2 (3%) — в связи с контрабандой сильнодействующих веществ, 1 (1,6%) — в связи с выращиванием конопли.

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов социальной дезадаптации в 1-й и 3-й группах позволяет говорить о нарастании симптомов дезадаптации у подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа). Она затрагивает основные сферы деятельности (снижение познавательной мотивации и нарушение учебной деятельности, утрата увлечений), семейные отношения.

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических симптомов социальной дезадаптации во 2-й и в 3-й группах представлена в табл. 2.26.

При анализе частотного распределения симптомов, связанных с нарушением учебной деятельности, не установлено достоверных различий в следующих случаях. Нарушение дисциплины выявлено у 15 (75%) подростков 2-й группы и у 40 (66,7%) подростков 3-й группы ($p > 0,05$). Одинаково часто в сравниваемых группах (по 80%) подростки провоцировали конфликты с педагогами. Пропуски занятий зафиксированы у 17 (85%) человек 2-й группы и 48 (80%) человек 3-й группы ($p > 0,05$). Уходы с занятий отмечались у 16 (80%) подростков 2-й группы и 37 (61,7%) подростков 3-й группы ($p > 0,05 - < 0,1$). Прекращение обучения выявлено у 5 (25%) человек 2-й группы и 24 (40%) человек

Таблица 2.26

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических симптомов социальной дезадаптации во 2-й и 3-й группах

Симптом	Группа				φ
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Нарушение дисциплины в учебном заведении	15	75	40	66,7	0,71
Провоцирование конфликтов с педагогами	16	80	48	80	0,00
Пропуски занятий в учебном заведении	17	85	48	80	0,51
Уходы с занятий	16	80	37	61,7	1,58#
Инициирование перевода в вечернюю школу	10	50	17	28,3	1,74*
Прекращение обучения	5	25	24	40	−1,25
Пропуски занятий в кружках и секциях	1	5	2	3,3	0,33
Прекращение занятий в кружках и секциях	6	30	38	63,3	−2,64**
Провоцирование конфликтов с членами семьи	20	100	60	100	0,00
Уходы из дома	10	50	18	30	1,60#
Неряшливость	8	40	18	30	0,81
Утрата навыков ухода за внешностью	7	35	15	25	0,85
Безразличие к мнению окружающих о себе	16	80	52	86,7	−0,70
Привлечение к административной ответственности в связи с приемом конопли	8	40	19	31,7	0,67
Постановка на профучет в правоохранительных органах	20	100	60	100	0,00

Примечание. $^{*}p < 0{,}05$; $^{**}p < 0{,}01$ — значимые статистические различия;
$\#\ p > 0{,}05$ — $< 0{,}1$ различия на уровне статистической тенденции.

3-й группы. Отсутствие статистически значимых различий при анализе частотного распределения описанных выше симптомов свидетельствует об их неспецифичности. Это позволяет говорить о том, что для подростков с сочетанной зависимостью (3-я группа) и гашишной наркоманией (2-я группа) присущи симптомы школьной дезадаптации, приводящие к прекращению обучения. Инициирование перевода на вечернюю форму обучения отмечено у 10 (50%) подростков 2-й группы и 17 (28,3%) подростков 3-й группы ($p < 0{,}05$). Статистически значимое различие в этом случае связано с тем, что значительное число подростков 3-й группы к моменту обследования прекратили обучение. Обращает

на себя внимание низкая частота встречаемости пропусков занятий в кружках и секциях [2-я группа — 1 (5%), 3-я группа — 2 (3,3%)]. Это связано с тем, что подростки с гашишной наркоманией и сочетанной зависимостью из-за ограниченности интересов крайне редко посещают какие-либо кружки и секции. К моменту обследования у 8 (40%) подростков 2-й группы был факт задержания и привлечения к административной ответственности по причине положительных результатов на каннабиноиды при медицинском освидетельствовании. В 3-й группе 19 (31,7%) подростков привлекались к административной ответственности в связи с употреблением ими конопли. Отсутствие достоверных различий частоты регистрации анализируемого симптома (p <0,05) подтверждает одинаково высокую интенсивность влечения к приему конопли у подростков как с сочетанной зависимостью (3-я группа), так и с гашишной наркоманией (2-я группа).

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических симптомов, отражающих отношение подростков к употреблению ПАВ и к оказанию специализированной наркологической помощи, в структуре личностных изменений в 1-й и 3-й группах отражена в табл. 2.27.

Прежде всего рассмотрим симптомы, отражающие отношение подростков к употреблению ПАВ. Лживость с целью сокрытия приобщения к приему ПАВ достоверно чаще (p <0,001) проявляли подростки с пивным алкоголизмом [48 (80%) человек]. У подростков с сочетанной зависимостью этот симптом установлен в 29 (48,3%) случаях, что связано с отсутствием у них необходимости скрывать пробы ПАВ от окружающих. В связи с этим подростки 3-й группы (20, или 33,3%) достоверно реже (p <0,001) осуществляли действия по сокрытию состояния опьянения по сравнению с подростками 1-й группы (54, или 90%). Это объясняется утратой осторожности, страха быть замеченным при употреблении ПАВ, которая также с высокой степенью достоверности (p <0,001) была зафиксирована чаще у подростков с сочетанной зависимостью [49 (81,7%) человек], по сравнению с подростками с пивным алкоголизмом [34 (56,7%) человека].

С проявлением описанных выше симптомов связано бравирование опытом приема ПАВ, которое достоверно чаще (p <0,01) установлено среди обследованных в 3-й группе [53 (88,3%) человека] по сравнению с обследованными 1-й группы [42 (70%) человека]. Не установлено статистически значимых различий (p >0,05) по параметрам: применение средств, препятствующих распознаванию опьянения, обмен

Таблица 2.27

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических симптомов, отражающих отношение к употреблению ПАВ и лечению, в 1-й и 3-й группах

Симптом	Группа				φ
	1-я (n = 60)		3-я (n = 60)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Симптомы, отражающие отношение к употреблению ПАВ					
Действия по сокрытию состояния опьянения	54	90	20	33,3	6,95***
Лживость с целью сокрытия приобщения к приему ПАВ	48	80	29	48,3	3,71***
Утрата осторожности, страха быть замеченным при употреблении ПАВ	34	56,7	49	81,7	−3,03***
Бравирование опытом приема ПАВ	42	70	53	88,3	−2,53**
Применение средств, препятствующих распознаванию опьянения	20	33,3	14	23,3	1,22
Обмен информацией о новых способах сокрытия употребления ПАВ	15	25	15	25	0
Симптомы, отражающие отношение к специализированной наркологической помощи					
Уклонение от оказания медицинской помощи в наркологических учреждениях	26	43,3	52	86,7	−5,25***
Скептическое отношение к специализированной наркологической помощи	31	51,7	46	76,7	−2,90***
Прерывание курса лечения	26	43,3	34	56,7	−1,47#
Враждебное отношение к медицинским работникам наркологических учреждений	20	33,3	43	71,7	−4,33***

Примечание. ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 различия на уровне статистической тенденции.

информацией о новых способах сокрытия употребления ПАВ. В 1-й группе средства, препятствующие распознаванию опьянения, применяли 20 (33,3%) человек, в 3-й группе — 14 (23,3%). Это связано с тем, что подростки с сочетанной зависимостью уже использовали средства, препятствующие распознаванию у них состояния опьянения коноплей (например, закапывали в глаза сосудосуживающие капли), на этапе формирования пивного алкоголизма подростки пользовались способами, позволяющими скрыть факты приема пива (жевательные резинки, оральные спреи с интенсивными ароматами, аптечное средство «Антиполицай»). Обследованные 1-й группы (15 человек, или 25%) и 3-й группы (15 человек, или 25%) одинаково часто обмени-

вались информацией о новых способах сокрытия употребления ПАВ. При этом подростки с пивным алкоголизмом делились способами сокрытия фактов приема пива, а подростки с сочетанной зависимостью помогали узнать другим, как скрыть пробы конопли. Отсутствие статистически достоверных различий в проявлении данных симптомов позволяет говорить об их неспецифичности и использовать в диагностике как гашишной наркомании, так и сочетанной зависимости.

Проанализируем симптомы, отражающие отношение подростков к оказанию специализированной наркологической помощи. Подростки с сочетанной зависимостью достоверно чаще (p <0,001) уклонялись от оказания им медицинской помощи в наркологических учреждениях. В 3-й группе это было в 52 (86,7%) случаях, в 1-й группе — в 26 (43,3%) случаях. Это обусловлено достоверно более частой (p <0,001) демонстрацией скептического отношения подростков с сочетанной зависимостью к специализированной наркологической помощи, которая была выявлена у 46 (76,7%) человек в 3-й группе и у 31 (51,7%) человека в 1-й группе. Подростки с сочетанной зависимостью (43 человека, или 71,7%) достоверно чаще (p <0,001) по сравнению с подростками 1-й группы (20 человек, или 33,3%) проявляли враждебное отношение к медицинским работникам наркологических учреждений, демонстрировали негативное отношение к приглашениям на прием к психиатру-наркологу. Описанные выше проявления способствовали тому, что подростки с сочетанной зависимостью чаще (p >0,05 – <0,1) прерывали курс назначенного им лечения. В 3-й группе лечение не завершили 34 (56,7%) человека, в 1-й группе — 26 (43,3%), что отражает более низкую критику подростков с сочетанной зависимостью к имеющемуся у них заболеванию. Выявленные достоверные различия показателей, касающихся отношения подростков с сочетанной зависимостью к специализированной наркологической помощи, целесообразно использовать при построении профилактической работы с ними.

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических симптомов, отражающих отношение подростков к употреблению ПАВ и к оказанию специализированной наркологической помощи, в структуре личностных изменений во 2-й и в 3-й группах отражена в табл. 2.28.

Рассмотрим симптомы, характеризующие отношение подростков к употреблению ПАВ. Лживость с целью сокрытия приобщения к приему ПАВ достоверно чаще (p <0,001) наблюдалась у подростков с гашишной наркоманией (18 человек, или 90%) по сравнению с подростками с сочетанной зависимостью (29 человек, или 48,3%). Этот

факт следует объяснить тем, что у подростков 2-й группы сохранялась необходимость сокрытия проб ПАВ от окружающих, в то время как подростки 3-й группы эту необходимость утрачивали. По тем же причинам подростки 2-й группы (16 человек, или 80%) достоверно чаще (p <0,001) предпринимали действия по сокрытию состояния опьянения по сравнению с подростками 3-й группы (20 человек, или 33,3%).

Таблица 2.28

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических симптомов, отражающих отношение к употреблению ПАВ и лечению во 2-й и в 3-й группах

Симптом	Группа				
	2-я (n = 20)		3-я (n = 60)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Симптомы, отражающие отношение к употреблению ПАВ					
Действия по сокрытию опьянения	16	80	20	33,3	3,81***
Лживость с целью сокрытия приобщения к приему ПАВ	18	90	29	48,3	3,72***
Утрата осторожности, страха быть замеченным при употреблении ПАВ	17	85	49	81,7	0,34
Бравирование опытом приема ПАВ	16	80	53	88,3	−0,89
Применение средств, препятствующих распознаванию опьянения	10	50	14	23,3	2,18*
Обмен информацией о новых способах сокрытия употребления ПАВ	14	70	15	25	3,62***
Симптомы, отражающие отношение к специализированной наркологической помощи					
Уклонение от оказания медицинской помощи в наркологических учреждениях	18	90	52	86,7	0,40
Скептическое отношение к специализированной наркологической помощи	20	100	46	76,7	3,90***
Прерывание курса лечения	15	75	34	56,7	1,51#
Враждебное отношение к медицинским работникам наркологических учреждений	13	65	43	71,7	−0,41

Примечание. * p <0,05; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 различия на уровне статистической тенденции.

Установлены статистически значимые различия в сравниваемых группах по показателям: применение средств, препятствующих распознаванию опьянения, обмен информацией о новых способах сокры-

тия употребления ПАВ. Во 2-й группе средства, препятствующие распознаванию опьянения коноплей, применяли 10 (50%) человек, во 3-й группе — 14 (23,3%). Достоверные различия (p <0,05) связаны с тем, что подростки с сочетанной зависимостью уже неоднократно были замечены родственниками в состоянии алкогольного опьянения, конфликтовали с ними из-за этого и вследствие этого менее рисковали быть замеченными в опьянении коноплей. В связи с этим обследованные 3-й группы (15 человек, или 25%) достоверно реже (p <0,001) обменивались информацией о новых способах сокрытия употребления конопли по сравнению с обследованными 2-й группы (14 человек, или 70%). Утрата осторожности, боязни быть замеченным при употреблении ПАВ была зафиксирована в группе подростков с гашишной наркоманией в 17 (85%) случаях, в группе подростков с сочетанной зависимостью — в 49 (81,7%) случаях. Это было связано с бравированием опытом приема ПАВ, которое установлено среди обследованных во 2-й и в 3-й группах соответственно в 16 (80%) и 53 (88,3%) случаях. Отсутствие статистически значимых различий подтверждает, что имеющиеся у подростков 2-й группы симптомы проявляются и у обследованных в 3-й группе на стадии сочетанной зависимости.

Далее остановимся на симптомах, отражающих отношение подростков к оказанию специализированной наркологической помощи. Подростки с сочетанной зависимостью (46 человек, или 76,7%) достоверно реже (p <0,001) проявляли скептическое отношение к специализированной наркологической помощи по сравнению с подростками с гашишной наркоманией (20 человек, или 100%). Прерывали курс лечения в 3-й группе 34 (56,7%) человека, во 2-й группе — 15 (75%) человек, различия на уровне тенденций достоверности (p >0,05 – <0,1). Враждебное отношение к медицинским работникам наркологических учреждений отмечено у 43 (71,7%) подростков в 3-й группе и у 13 (65%) — во 2-й группе. Статистически достоверных различий здесь не зафиксировано (p >0,05). Их также не отмечено при анализе показателя «уклонение от оказания медицинской помощи в наркологических учреждениях» (p >0,05), которое было зафиксировано у 18 (90%) обследованных во 2-й группе и у 52 (86,7%) — в 3-й группе. Это позволяет говорить о недостаточной критике к заболеванию у подростков как с гашишной наркоманией, так и с сочетанной зависимостью. Выявленные особенности отношения подростков с сочетанной зависимостью к получению специализированной наркологической

помощи целесообразно использовать при построении профилактической работы с ними.

* * *

В последние годы появилось большое количество работ, в которых обсуждаются коморбидные (сочетанные) психические заболевания (*Пивень Б.Н. и др.*, 2003; *Незнанов Н.Г.*, *Круглов Л.С.*, 2008; *Собенников В.С.*, *Белялов Ф.И.*, 2010). Внимание исследователей привлекают вопросы коморбидности психических и наркологических заболеваний, относящихся к числу актуальных проблем клинической медицины (*Бохан Н.А.*, 2001; *Менделевич В.Д.*, 2001; *Ерышев О.Ф.*, 2007; *Бохан Н.А.*, *Коробицына Т.В.*, 2008; *Бохан Н.А.*, *Семке В.Я.*, 2009; *Погосов А.В.*, 2009; *Kertesz C.G. et al.*, 2006; *Rosen C.S. et al.*, 2008).

В национальном руководстве «Наркология» (М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008) полизависимость определяется как заболевание, связанное с употреблением двух или более наркотических средств одновременно или в определенной последовательности, причем ко всем им должна быть сформирована зависимость. Сочетанное употребление различных ПАВ изменяет клинику заболевания, влияет на темп формирования основных симптомов и синдромов, приводит к более тяжелым социальным и медицинским последствиям (*Бохан Н.А.*, 2002; *Рохлина М.Л.*, *Мохначев С.О.*, 2008; *Сыропятов О.Г. и др.*, 2010).

Врачи, занимающиеся повседневной наркологической практикой, испытывают затруднения при формулировке диагноза в случаях полизависимости. Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский (1987) во всех случаях алкоголизма, когда больной одновременно принимает наркотические средства, рекомендуют ставить диагноз осложненной наркомании («наркомания, осложненная алкоголизмом»). Диагноз «полинаркомания» должен базироваться не только на злоупотреблении двумя и более наркотиками, но и на наличии зависимости, особенно от их совместного приема (*Личко А.Е.*, *Битенский В.С.*, 1991). По мнению И.Н. Пятницкой (1975), достоверной для диагностики полинаркоманий может быть только физическая зависимость. А.Е. Личко, В.С. Битенский (1991) подчеркивают, что диагностика полинаркомании наиболее убедительна во время абстинентного синдрома, когда в ее картине сочетаются признаки зависимости от разных веществ. Учитывая то обстоятельство, что в подростковом возрасте физическая зависимость к двум и более веществам не успевает развиться, диагноз полинаркомании следует считать правомерным и возможным в начальной стадии заболевания — при наличии только психической зависимости.

Выявленные нами психопатологические механизмы формирования пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией, у подростков в целом проявляются в создании одним заболеванием (пивной алкоголизм) условий для возникновения другого (гашишная наркомания), в наложении внешне сходных расстройств с усилением их проявлений, взаимовлиянии сосуществующих заболеваний.

При сочетанном употреблении пива и конопли при опьянении у подростков не возникали такие характерные для начальной стадии гашишной интоксикации проявления тревоги, страха, подозрительности. Были не столь выражены аффективные нарушения в виде взрывов хохота, плача, охватывающее курильщиков стремление к действию. Своеобразие синдрома измененной реактивности организма на этом этапе заболевания проявлялось тем, что рост толерантности касался употребления конопли. При этом толерантность к пиву стабилизировалась. Особенность СПВ при сочетанном приеме пива и конопли — наличие в его клинической картине симптомов, характеризующих влечение к обоим ПАВ. Своеобразие абстинентного синдрома при сочетанном приеме пива и конопли выражалось значительным удельным весом в его клинической картине психопатологических нарушений (дисфорические проявления — сочетание тоскливого и злобного аффектов, агрессия). Сформировавшиеся личностные изменения у подростков обусловили повышение криминальной активности. О нарастании социальной дезадаптации и криминальной активности у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, свидетельствовали данные катамнестического исследования. Из 60 обследованных подростков 3-й группы 26 (43,33%) в последующем были осуждены и приговорены к отбыванию наказания в местах лишения свободы.

Наложение внешне сходных расстройств с усилением их проявлений подтверждается тем, что ряд неспецифических симптомов в клинике сочетанной зависимости проявляется чаще. При сравнительном анализе клиники абстинентного синдрома установлено, что дистимические, дисфорические, эксплозивные симптомы при сочетанной зависимости наблюдаются чаще, чем при изолированных пивном алкоголизме и гашишной наркомании. Утяжеление клиники абстинентного синдрома является следствием взаимодействия двух наркологических заболеваний по механизму патологического синергизма. По сходному механизму формируются и личностные изменения. Наложение внешне сходных проявлений приводит у больных с сочетанной зависимостью

к нарастанию расстройств адаптации и усугублению характерологических изменений неустойчивого, истероидного, лабильного и эпилептоидного типов с формированием «специфического типа характера».

Взаимовлияние сосуществующих заболеваний отражается в видоизменении симптомов синдрома измененной реактивности. В структуре смешанного опьянения выраженность эмоциональных проявлений (хохот, плач), свойственных гашишному опьянению, ослабевает, что связано с влиянием алкоголя. Взаимовлияние сосуществующих заболеваний изменяет структуру поведенческих симптомов патологического влечения. При сочетанной зависимости ослабевает мотивация к изучению рекламы пива, созданию коллекций изображений, видеосюжетов в памяти мобильного телефона, компьютера, изображению символики конопли на школьных принадлежностях.

Формулировка диагноза, по нашему мнению, должна отражать последовательность развития составляющих полизависимость. У обследованных нами подростков именно пивной алкоголизм создал предпосылки для формирования гашишной наркомании, поэтому диагноз звучит следующим образом: «пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией» (рис. 3).

Рис. 3. Этапность формирования пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией, у подростков

Полученные результаты продемонстрировали существующую в литературе позицию относительно пивного алкоголизма, являющегося «трамплином» для формирования наркомании. В наших наблюдениях в одних случаях пивной алкоголизм послужил «трамплином» для формирования пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией. Более того, в последующем пивной алкоголизм стал «трам-

плином» для формирования наркоманий, связанных с внутривенным употреблением наркотиков. Из 60 обследованных больных с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, как показали результаты катамнестического исследования, 20 человек стали потребителями внутривенных наркотиков: 4 человека — психостимуляторов, 12 человек — кустарно изготовляемых опиатов (отвар семян мака).

В других случаях подростки с пивным алкоголизмом переходили на прием наряду с пивом крепкого алкоголя. Об этом речь подробно пойдет в следующей главе.

Глава 3

ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ В СЛУЧАЯХ ПРИСОЕДИНЕНИЯ К УПОТРЕБЛЕНИЮ ПИВА КРЕПКОГО АЛКОГОЛЯ

В настоящей главе представлены результаты клинико-психопатологического, экспериментально-психологического и статистического обследования 20 подростков (4-я группа), у которых был диагностирован синдром зависимости вследствие употребления алкоголя (F10.2). Развитие заболевания у них характеризовалось на начальном этапе зависимостью от пива, в последующем наблюдался переход на употребление крепкого алкоголя (водка, самогон), который сочетался с пивом (рис. 4). Присоединение крепкого алкоголя способствовало утяжелению алкогольной зависимости, что проявлялось в формировании когнитивных нарушений, прогрессировании изменений личности и социальной дезадаптации.

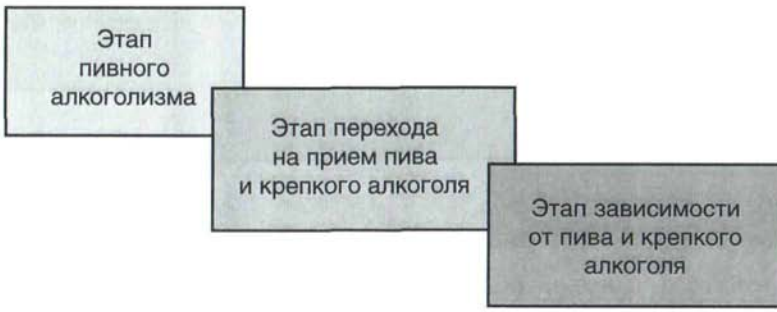


Рис. 4. Этапность формирования алкоголизма вследствие приема пива и крепкого алкоголя

Приводим наблюдение, которое демонстрирует клинико-динамические особенности алкогольной зависимости, поэтапно сформировавшейся у подростка при присоединении к употреблению пива крепкого алкоголя.

Наблюдение. Константин В., 1990 г.р., обследован в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в ноябре 2007 г. во время проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. На этот момент ему исполнилось 17 лет. Он выступал в качестве подозреваемого в совершении кражи.

Диагноз: синдром зависимости вследствие употребления алкоголя, средняя стадия (по МКБ-10 F10.2).

Анамнестические сведения. Наследственность отягощена алкогольной зависимостью отца. Один из старших братьев состоит на учете в наркодиспансере по поводу алкоголизма. Родился поздним ребенком, на момент рождения матери исполнилось 41 год, отцу — 48 лет. Беременность у матери протекала с угрозой прерывания во второй половине. Родился в срок, кесаревым сечением. В раннем возрасте рос слабым и болезненным, часто страдал простудными заболеваниями. С трудом засыпал и беспокойно спал. Отличался чувствительностью и плаксивостью. Старшие братья (разница в возрасте 15 и 10 лет) подшучивали над ним, что было связано не только с его ранимостью, но и с энурезом. По данным медицинской документации, в результате обследования диагностирован неврозоподобный энурез, назначено лечение, рекомендованы занятия с психологом. Однако полноценного лечения проведено не было, так как в 1993 г., когда К. было 3 года, его мать умерла от опухоли позвоночника. После смерти матери проживал с отцом, бабушкой, старшими братьями. Отец к тому времени выпивал, поэтому основная роль в воспитании принадлежала бабушке. Детский сад не посещал из-за энуреза, бабушка опасалась насмешек со стороны других детей. Проявления энуреза сохранялись до 9 лет.

В общении с членами семьи в дошкольном возрасте был повышенно чувствительным, сенситивным, капризным. Если его обижали, то «заходился в плаче», мог бросить игрушками в братьев, когда они начинали его дразнить. С детьми во дворе общался мало, сторонился их, да и они неохотно принимали его в игры. Начальные навыки письма, чтения, счета усваивал под контролем бабушки. Занимался неохотно, быстро уставал, капризничал, начинал плакать. В 2006 г. отец К. перенес инсульт, после чего стал инвалидом 2-й группы, был лишен дееспособности. Опеку над К. стал осуществлять один из старших братьев.

В школу пошел в 7 лет. В коллективе адаптировался медленно, стеснялся одноклассников. На уроках быстро уставал, легко отвлекался, был неусидчив, получал замечания от учительницы. По этому поводу

плакал. Проявлял раздражительность с одноклассниками на переменах, провоцировал конфликты в семье, отказываясь от помощи в хозяйственных делах. В начальных классах учился на тройки и четверки.

В июле 2000 г. в возрасте 10 лет К. впервые по предложению старшего брата по случаю дня рождения выпил около 100 мл шампанского. После приема алкоголя появилось приятное легкое головокружение, расслабленность, повысилось настроение. В последующем в течение полутора лет употреблял шампанское (не более 150 мл) только на семейных торжествах. Опьянение сопровождалось приятным для К. весельем, разговорчивостью, подвижностью.

С 5-го класса потерял интерес к учебе, стал плохо готовить домашние задания, пропускал уроки без уважительной причины, свободное время проводил в компании сверстников. Из-за этого снизилась успеваемость. Неоднократно возникали угрозы дублирования классов, связанные с трудностями усвоения школьной программы, нарушениями дисциплины. Для К. были характерны кратковременные эмоциональные вспышки с раздражительностью, протестными реакциями, вербальной агрессией. В подростковом возрасте устойчивых увлечений не имел, большую часть времени проводил на улице, гулял со сверстниками. Дома смотрел телевизор, слушал музыку, изредка неохотно принимал участие в уборке квартиры. Теплых отношений с членами семьи не поддерживал, стремления помогать отцу, у которого были нарушения двигательных функций после инсульта, не проявлял.

В возрасте 11,5 года (2002 г.) дома попробовал пиво, по предложению одного из братьев «просто так, за компанию» выпил около 200 мл пива. Испытал такое же приятное состояние, как и при приеме шампанского. Бабушкой был неоднократно замечен в компании со старшим братом за употреблением пива. Она потребовала прекращения «совместных выпивок». Чтобы не пить дома «и не иметь проблем», стал с братом выпивать на улице в компании старших ребят. Воспоминания об этом были приятными, чувствовал себя взрослым, это влекло к повторному употреблению пива. На первых порах выпивал не более 200–300 мл пива, быстро трезвел и возвращался домой, чтобы бабушка не заметила. Спустя 7–8 мес прием пива стал 2–3 раза в неделю («перестал бояться»), выпивал по 500 мл пива, иногда возвращался с запахом алкоголя домой, не реагировал на замечания бабушки, «стало все равно, что она там говорит». По выходным дням пил больше обычного (до 1,5 л пива). Тогда возникали тошнота, позывы на рвоту, от друзей брата это скрывал, чтобы не называли «слабаком». По утрам порой болела

голова, отмечались сухость во рту, слабость, которые проходили после обильного приема жидкости к середине дня или к вечеру. Из-за плохого самочувствия в школу по понедельникам не ходил. Пропускал занятия и в обычные дни. Даже если и ходил в школу, то на занятиях «думал о пиве», «мечтал о вечере». Учиться стал еще хуже, на уроках быстро уставал, отвлекался, «неважно было, что там у доски говорили». В 14 лет (2004 г.) «легко за вечер» выпивал до 2,5 л пива средней крепости. Тошноты, позывов на рвоту при этом уже не возникало. В этом возрасте на семейном празднике попробовал водку (около 50 мл), опьянение понравилось быстрым и более интенсивным наступлением хорошего настроения — «интересно было, как в голову ударило». В последующем в течение 1,5 года (до середины 2005 г.) предпочитаемым оставалось пиво. Отмечен рост опьяняющей дозы до 1 л пива средней крепости. Доза употребляемого в течение вечера пива возросла до 3–3,5 л. Иногда по предложению взрослых ребят сочетал прием пива с водкой (100–150 мл). Опьянение при сочетанном употреблении пива и водки было необычным — быстро нарастало и длительно сохранялось. Неприятным было лишь самочувствие утром следующего дня: головные боли, сухость во рту, слабость. Со временем отмечен рост количества употребляемой водки (на момент обследования — до 200–250 мл), при этом количество пива было приблизительно одинаковым (1–1,5 л). Первой употреблялась водка, последующий прием пива позволял усилить опьянение («в голову давало»), а также увеличить его длительность. В возрасте 16 лет (2006 г.) стал использовать пиво для опохмеления, так как по утрам беспокоили сильная головная боль, дрожь в руках. Зная, что «утром будет плохо», вечером покупал себе бутылку пива 1,5 л и только тогда, «когда она рядом с кроватью стояла, спокойно засыпал».

Утром К. отмечал сниженное настроение, подавленность. Был повышенно чувствителен к происходящему, «мгновенно вспыхивал, если что-то не так», начинал кричать на отца, братьев. Быстро успокаивался, мог на некоторое время прилечь в постель, так как «ничего делать не хотелось», а потом снова «все бесить начинало». Неприятными были дрожь в руках, повышенная потливость. В зеркало на себя не смотрел, не хотел видеть, что «лицо кирпича просило».

Усилилась раздражительность и в трезвом состоянии, мог накричать на отца, оскорбить, оттолкнуть его с дороги, если он мешал пройти. Требовал у опекуна часть денег, которые выплачивались на его содержание. Был настойчив и конфликтен при этом, так как деньги планировал

тратить на покупку алкоголя для себя и брата. Примерно за 4–5 мес до обследования стал выпивать с братом дома, не стесняясь отца и брата-опекуна. Неоднократно задерживался при распитии алкоголя на улицах, доставлялся в отдел милиции. Ситуация в семье рассматривалась на заседании комиссии по делам несовершеннолетних, опекуну было рекомендовано усилить контроль за поведением К. Однако изменить что-либо было сложно, так как брат-опекун К. был единственным, кто работал в семье. Другой брат работал по частному найму, эпизодически, все заработанные деньги тратил на покупку алкоголя.

В 2004 г. К. закончил 9 классов общеобразовательной школы. В дальнейшем поступил в профессиональное училище для обучения по специальности «газоэлектросварщик». С момента начала занятий пропускал их без уважительной причины. В коллективе лидерской позиции не занимал, охотно разделял намерения других уйти с занятий. Из характеристики видно, что К. имеет много пропусков занятий, отношение к учебе несерьезное, имеет задолженности по предметам, которые не пытается ликвидировать. У него прослеживается неадекватное поведение, на замечания может отреагировать усмешкой или смехом. На момент обследования числился в списках учащихся 3-го курса профессионального училища. Не скрывал, что занятия ему не интересны, по данной профессии работать не планировал.

Из материалов уголовного дела стало известно, что в октябре 2007 г. К. вместе со старшим братом С. незаконно проникли в комнату своего отца, откуда тайно похитили имущество, принадлежащее ему (телевизор), причинив последнему значительный материальный ущерб на сумму 5 тыс. руб. В последующем телевизор продали незнакомому мужчине за 1,5 тыс. руб. Полученные деньги потратили на покупку алкоголя.

При расследовании уголовного дела назначена комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Соматическое состояние. Выглядит старше своего возраста. Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Кожа в области скул пастозна и гиперемирована. На остальных участках кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. Ритм дыхания правильный. Частота дыхательных движений 12 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 76 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, кровяное давление 110/70 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания всеми отделами, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка

не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. При упоминании о пиве произошли изменения соматического состояния, которые проявлялись в учащении пульса до 90 в минуту, покраснении кожи лица, гиперсаливации, сглатывании избытка слюны.

Неврологическое состояние. Лицо симметричное, зрачки округлой формы, их величина соответствует интенсивности освещения. Реакция зрачков на свет живая. Язык располагается по средней линии. Сухожильные рефлексы симметричные, несколько оживленные. Парезов, параличей не выявлено. Мышечный тонус в норме. В позе Ромберга неустойчив. Отмечается мелкий тремор сомкнутых век, пальцев вытянутых рук. Пальценосовую пробу выполняет неуверенно, проявляется мелкий тремор пальцев при приближении к цели. Походка не нарушена.

Психическое состояние. В беседу К. вступил без затруднений. Быстро адаптировался к незнакомой для него ситуации обследования. Был правильно ориентирован во времени, пространстве и окружающих лицах. Сообщил о понимании направленности обследования на изучение особенностей его психики («проверить, болен или здоров»). Связал проведение обследования в комиссии экспертов с действиями, совершенными им совместно с братом («нужно узнать, осознавал, что совершаю, или не осознавал»). Утверждал, что считает себя человеком полностью здоровым психически. Основывал свое мнение на том, что никогда ранее к врачам-психиатрам не обращался. Поведение свое в различных жизненных ситуациях (даже в ситуациях проявления поведенческих отклонений) считал правильным и упорядоченным. Сообщил, что действительно пропускал занятия без уважительной причины, потому что «везде ходил с братом» (посещал кафе, другие питейные заведения, в которых в его компании употреблял алкоголь).

Адресованные вопросы К. понимал правильно. Трудностей при формулировании ответов не испытывал. Отвечал в медленном темпе. В беседе отмечена истощаемость произвольного внимания, которая сочеталась со значительным снижением контроля над проявлением эмоций и чувств. Это выражалось в более длительном обдумывании ответов, поиске слов для выражения мыслей. Если в начале беседы К. стремился проявить эмоциональную сдержанность, наблюдал за реакциями восприятия предоставляемых им сведений (отражает наличие интереса к складывающемуся о нем впечатлению), то по мере нарастания истощаемости проявились раздражительность, реакции отказа,

использование в речи сленговых выражений. Словарный запас изобилует сленгом лиц, злоупотребляющих алкоголем: «пивасик», «водяра», «пиво без водки — деньги на ветер». При упоминании об алкоголе эмоционально оживлялся, беседовал охотнее, говорил громче, отвечал развернуто. Высказывания сопровождались более активной жестикуляцией, «потягиваниями». Отметил, что когда «стал пить и водку и пиво», стал хуже учиться и быстрее уставать. Не проявил понимания связи между этими фактами («а я откуда знаю, может это и без причины, а может погода влияет»). Не высказывал намерений полностью прекратить прием алкоголя, а также внести какие-либо существенные изменения в свою жизнь: вернуться к обучению в училище, начать посещать спортивную секцию. Не собирался обращаться за помощью к наркологу: «Это еще зачем? Я не пью, а выпиваю!!! А выпивают сейчас все, даже дети».

О правонарушении, в котором он подозревался, сообщил, что вместе с братом в квартире употребляя спиртные напитки, выпил 1,5 л пива. Когда спиртное и деньги закончились, брат предложил забрать телевизор из комнаты отца. Дверь открыли, забрали телевизор, который в тот же день продали какому-то мужчине у магазина «Шанс» за 1,5 тыс. руб. Полученные деньги потратили на «развлечения всякие — пиво пили, в пиццерии сидели». Критики к совершенному деянию не проявил: «Ну и что? У отца же пенсия по инвалидности. Он может себе еще один телевизор купить».

Результаты экспериментально-психологического обследования. К экспериментально-психологическому обследованию К. отнесся с незначительным интересом, пассивно подчинившись необходимости его проведения. Словесные инструкции выслушивал, проявляя недостаточную организацию произвольного внимания, отвлекаясь на стимулы из внешней среды. Несмотря на невысокий интерес к обследованию, К. усваивал инструкции после их первого предъявления. Отмечено постепенное снижение работоспособности по мере выполнения заданий. В ряде случаев при регистрации ответов был небрежен, что свидетельствовало о косвенном противодействии процедуре обследования. Обнаружены проявления экзогенно-органического патопсихологического симптомокомплекса — снижение концентрации и переключаемости внимания, механической и логической памяти, нарушения операциональной стороны мышления в виде снижения обобщения, динамики мышления и его критичности. Личностные особенности характеризовались изменением направленности в виде

преобладания естественных потребностей, недостаточной искренностью, неизбирательностью в контактах, реакциями группирования преимущественно с людьми старшего возраста, чувствительностью к внешним воздействиям, ранимостью в отношении критических замечаний, склонностью к переменам эмоций и настроения со снижением контроля над их проявлением в поведении, наличием в поведении вербальной агрессии, преимущественно защитно-ответного характера. Перечисленное свидетельствовало о личностно-аномальном патопсихологическом симптомокомплексе.

Катамнез. Был осужден к обязательным работам, наказание отбыл. Продолжал злоупотреблять алкоголем, в течение 2008 г. неоднократно задерживался милицией в состоянии опьянения. Переведен из училища в вечернюю школу. Занятия не посещал, был оставлен на повторное обучение в 11-м классе, затем забрал документы из школы. Ежедневно употреблял алкоголь, наблюдалось псевдозапойное пьянство. С 2008 г. состоит на учете в областном наркологическом диспансере с диагнозом «синдром зависимости вследствие употребления алкоголя, средняя стадия». Неоднократно для лечения абстинентного синдрома обращался в наркологический диспансер. Ремиссии неустойчивые, сразу после выписки домой возобновлял прием спиртного, употреблял пиво, водку, суррогаты алкоголя. Нигде официально не трудоустроен, эпизодически выполняет низкоквалифицированную работу по частному найму на строительных объектах.

Обсуждение. В приведенном наблюдении представлено описание формирования алкогольной зависимости у подростка. Особенностью течения заболевания стала его этапность. Первым здесь был этап, характеризовавшийся развитием зависимости от пива. Заболевание сформировалось вследствие влияния совокупности биологических, социальных и психологических факторов. Среди биологических факторов важную роль сыграли наследственная отягощенность алкоголизмом отца, органическое поражение головного мозга как следствие тяжело протекавшей беременности. В дошкольном и младшем школьном возрасте у К. отмечено проявление психопатологических нарушений резидуально-органического круга. Они были представлены церебастеническим синдромом, сочетающимся с аффективными нарушениями в виде высокой чувствительности, раздражительности, плаксивости. Нарушения центральной нервной системы не были полностью компенсированы, так как необходимого лечения не проводилось. Познавательная мотивация у ребенка изначально была невысо-

кой вследствие трудностей усвоения норм дисциплины, неусидчивости на уроках.

Развитие личности К. проходило в неблагоприятных социальных условиях, связанных с алкоголизмом отца, гипопротекцией со стороны родственников. Значимую роль в приобщении к приему алкоголя сыграли питейные традиции в семье. Семейное неблагополучие, воспитание в условиях фактической безнадзорности способствовали раннему проявлению девиантного поведения (формирование реакций группирования со старшими по возрасту). Из-за отсутствия у К. устойчивых увлечений основой для группирования стало совместное проведение времени, связанное с приемом алкоголя. Преморбидные особенности личности в виде акцентуации черт неустойчивого типа, любопытства, неизбирательности в контактах также сыграли определенную роль в развитии аддиктивного поведения. Приведенные индивидуальные особенности К., наряду с отсутствием должного контроля над его поведением, способствовали прогрессированию аддиктивного поведения и быстрому формированию алкогольной зависимости. Эпизодический прием пива происходил во время семейных праздников, в последующем отмечено учащение приема пива и рост опьяняющей дозы до 500 мл. Постепенное развитие синдрома измененной реактивности проявлялось и исчезновением защитных реакций в виде тошноты и рвоты. Избирательное отношения к пиву у К. складывалось, однако проявить его в полном объеме подросток не смог вследствие того, что употреблял алкоголь в компании старших по возрасту.

Синдром патологического влечения к алкоголю в начале заболевания был представлен поведенческими симптомами в виде стремления к группированию на основе совместного приема алкоголя. По мере формирования зависимости тяжесть проявлений патологического влечения усугубилась за счет полиморфизма симптомов (присоединялись эмоциональные, идеаторные, соматовегетативные компоненты). Эмоциональные симптомы характеризовались оживлением эмоций, повышением тона голоса, усилением жестикуляции при упоминании об алкоголе. Идеаторные симптомы проявлялись предвкушением приема алкоголя, стремлением поддерживать разговор на темы, связанные с пивом и водкой. Соматовегетативные компоненты были представлены тахикардией, покраснением кожи лица, гиперсаливацией, сглатыванием избытка слюны.

Поведенческая составляющая синдрома патологического влечения к алкоголю тесно связана с изменениями личности, развивавшимися

на фоне зависимости от алкоголя. У К. сформировалась асоциальная направленность личности, проявлявшаяся в устойчивом игнорировании норм морали и закона, совершении административных правонарушений и уголовно наказуемого деяния имущественного характера. Установлена отчетливая связь между мотивацией преступного поведения и необходимостью поиска денег для реализации патологического влечения к приему спиртного. Сохранение фактической безнадзорности в сочетании с продолжением злоупотребления спиртными напитками и недостаточной критичностью к негативным проявлениям поведения способствовало совершению общественно опасного деяния.

В структуре психопатологических нарушений АС были представлены аффективные (дистимические, эксплозивные, дисфорические), астенические и апатические симптомы. Сочетание сниженного настроения, озлобленности, конфликтности с раздражительностью, нарастающей слабостью отражает тяжесть АС. Клиника АС у К. была полиморфной, так как проявлялись и соматовегетативные, и неврологические симптомы.

В структуре заболевания обнаружены более тяжелые нарушения, связанные с нарастанием органического психосиндрома (трудности сосредоточения внимания, снижение памяти, эмоциональная несдержанность, психическая и физическая истощаемость), а также выраженные личностные изменения в виде быстрого прогрессирования деградации личности и снижения волевого контроля поведения. Наличие органических нарушений, личностных изменений подтверждено и результатами экспериментально-психологического обследования.

Данные катамнеза свидетельствовали о дальнейшем прогрессировании личностных изменений в виде формирования устойчивых стереотипов асоциального поведения, социальной дезадаптации и тяжелого течения алкогольной зависимости.

3.1. СИНДРОМ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА НА ДЕЙСТВИЕ АЛКОГОЛЯ

Клиника синдрома измененной реактивности организма у подростков с алкогольной зависимостью, сформировавшейся при сочетанном употреблении пива и крепкого алкоголя, была представлена симптомами, отражающими изменение толерантности, формы потребления и опьянения, исчезновение защитных реакций при приеме алкоголя.

На этапе развития пивного алкоголизма у всех подростков установлены проявления специфических симптомов измененной реактивности в виде избирательного отношения к употреблению пива разных марок, формирования предпочтения употребления пива крепких сортов, проб водки с последующим переходом на этап приема водки и пива.

Описание клиники синдрома измененной реактивности организма начнем с рассмотрения измененных форм потребления алкоголя. При изучении наркологического анамнеза установлено, что возраст первого употребления пива у подростков 4-й группы составил 10,2±0,6 года. В 1-й группе он был 11,5±0,5 года (p <0,05). Как видно, подростки, которые в последующем переходили на сочетанное употребление пива и крепкого алкоголя, приобщались к приему алкоголя в более раннем возрасте.

Этап формирования зависимости от пива у подростков 4-й группы был сходен по клиническим проявлениям с этапом, проанализированным нами у подростков 1-й группы. У всех подростков 1-й и 4-й групп выявлены эпизодические пробы водки в объеме 50–100 мл. Следует отметить, что у подростков 4-й группы (в отличие от подростков 1-й группы) прием водки не сопровождался какими-либо неприятными вкусовыми ощущениями. Опьянение оценивалось ими положительно, что было связано с яркостью переживания подъема настроения, необычных приятных ощущений изменения состояния («в голову ударило»), либо необычных и привлекательных ощущений внутреннего покоя («расслабило», «тепло внутри стало»). Подростки в 1-й группе отмечали неприятные ощущения в состоянии опьянения водкой, которые послужили причиной последующего отказа от ее употребления. Анализ анамнестических сведений подростков 1-й и 4-й групп позволяет сделать вывод о том, что последующему переходу к крепкому алкоголю способствует субъективная положительная оценка первых приемов водки.

На этапе систематического приема пива в 4-й группе у подростков формировалось избирательное отношение к пиву нескольких субъективно приемлемых марок с предпочтением пива с большей концентрацией алкоголя, увеличивалась частота приема до 3–4 раз в неделю. Особенностью данного этапа было изменение структуры мотивов, побуждавших к приему алкоголя. Если на этапе эпизодического употребления ведущей была псевдокультурная мотивация («отметить» праздник, покупку и т.д.), то на этапе систематического приема пива среди них появились мотивы, связанные с потребностями групповых встреч ради приема пива («собраться вечером, чтобы пивка попить»).

Эти изменения мотивации следует рассматривать в качестве проявлений патологического влечения.

Тогда же у подростков 4-й группы зафиксирован переход к потреблению более крепких марок пива, содержавших 7–12 мл абс. алкоголя, рост толерантности до 35 мл абс. алкоголя, а также увеличение количества потребляемого в течение «встречи» пива до 2,5–3,5 л. У некоторых подростков увеличение объема пива было еще более существенным. Один из обследованных описал это так: «А я и 5 л могу за вечер выпить, если постараюсь старших догонять». Рост опьяняющей дозы, объема потребляемого пива сопровождался постепенной утратой защитных реакций (тошноты, рвоты). Следует отметить, что все обследованные отмечали, что прием пива вызывает неприятные «ощущения внутреннего переполнения», тяжесть в теле. По примеру старших по возрасту ребят они усиливали состояние опьянения крепким алкоголем. Прием водки в пределах 50–100 мл позволял снизить неприятные ощущения в теле, испытать не только более интенсивную, но и необычно продолжительную эйфорию в опьянении. В силу преобладания в семьях обследованных гипоопеки вплоть до безнадзорности изменение подростками предпочтения потребляемого алкоголя оказывалось незамеченным их родителями, что способствовало дальнейшему употреблению пива в сочетании с крепким алкоголем. У подростков 4-й группы отсутствие должного внешнего контроля в сочетании с ранним (10–12 лет) проявлением реакции группирования со старшими по возрасту ребятами способствовало прогрессированию симптомов измененной реактивности. При этом отмечена своеобразная динамика количества потребляемого алкоголя в виде увеличения дозы водки (в пределах 250–500 мл) при сохранении относительно стабильной дозы пива (в пределах 1,5–3 л). Предпочтительным стереотипом было первоначальное употребление водки с последующим приемом дробных доз (по 250–500 мл) пива. Формирование данного «стиля» потребления алкоголя обусловлено тем, что пиво усиливает и пролонгирует состояние опьянения («полирует»).

Первая проба алкоголя у подростков 4-й группы сопровождалась эйфорией разной степени выраженности. По мере прогрессирования симптомов зависимости отмечено изменение формы опьянения: проявление в его структуре дисфорических (озлобленность, недовольство окружающими), дистимических (снижение настроения, неразговорчивость) и эксплозивных (легкая возбудимость, агрессивность, конфликтность) симптомов.

Таким образом, клиника синдрома измененной реактивности организма у подростков с алкоголизмом, развившимся при употреблении пива и крепкого алкоголя, представлена специфическими и неспецифическими симптомами, отражающими изменение формы потребления и опьянения, изменение толерантности, исчезновение защитных реакций. Динамика формы потребления алкоголя характеризуется симптомами избирательного отношения к пиву разных марок, формирования предпочтительного употребления пива с высокой крепостью, переходом к употреблению пива в сочетании с крепким алкоголем, связанному с новым способом достижения большего эйфоризирующего эффекта в опьянении.

3.2. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ

При исследовании СПВ к алкоголю у подростков установлена сложная структура, представленная сочетанием поведенческих, идеаторных, аффективных, соматовегетативных, астенических и сенсорных компонентов. Своеобразием СПВ был полиморфизм проявлений. Следует отметить, что у подростков 4-й группы сохранялись специфические симптомы, отражающие влечение к пиву, которые наблюдались на этапе пивного алкоголизма. В ряде случаев отмечалось существенное изменение частоты встречаемости некоторых симптомов патологического влечения, что свидетельствует об утяжелении клиники патологического влечения.

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических поведенческих нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах представлена в табл. 3.1.

Анализ представленных данных показал, что в случае алкоголизма, сформировавшегося в результате употребления пива и крепкого алкоголя, сохраняются симптомы, имевшие место на этапе развития зависимости от пива: посещение мест сбора для приема алкоголя, суетливость и неусидчивость при упоминании об алкоголе, активность («смакование») при обсуждении тем приема алкоголя. Ряд симптомов: инициирование встреч для обмена новой информацией об алкоголе, поиск сайтов для получения сведений об алкоголе — у подростков 4-й группы встречается статистически значимо реже, что отражает видоизменение синдрома патологического влечения.

Таблица 3.1

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических поведенческих нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах

Симптом	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Посещение мест сбора для приема алкоголя	60	100	19	95	0,732
Инициирование встреч для обмена новой информацией об алкоголе	52	86,7	4	20	5,686**
Поиск сайтов для получения сведений об алкоголе	38	63,3	2	10	4,632**
Обмен информацией об алкоголе	23	38,3	12	60	1,692#
Суетливость при упоминании об алкоголе	52	86,7	16	80	0,701
Неусидчивость при упоминании об алкоголе	46	76,7	16	80	0,31
Особая активность («смакование») при обсуждении тем приема алкоголя	53	88,3	18	90	0,213

Примечание. ** p <0,01 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

Сравнительная оценка частотного распределения специфических поведенческих симптомов, отражающих наличие влечения к пиву в 1-й и 4-й группах, представлена в табл. 3.2.

Приведенные данные анализа специфических поведенческих симптомов патологического влечения к пиву позволяют считать, что их частота в структуре СПВ статистически значимо уменьшается на этапе зависимости от пива и крепкого алкоголя (4-я группа).

Аналогичная закономерность установлена и при анализе частотного распределения неспецифических и специфических идеаторных симптомов. Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических идеаторных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах отражена в табл. 3.3.

Мысли о прекращении потребления алкоголя, отрицание фактов его приема, преуменьшение доз употребляемого алкоголя, отрицание влечения к приему алкоголя статистически значимо реже отмечены при алкоголизме вследствие сочетанного употребления пива и крепкого алкоголя. Это отражает динамику формирования СПВ при присоединении к приему пива крепкого алкоголя.

Таблица 3.2

Сравнительная оценка частотного распределения специфических поведенческих нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах

Поведенческие нарушения	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Инициирование встреч для употребления новых марок пива	56	93,3	3	15	7,06***
Обсуждение вкуса новых марок пива	60	100	6	30	6,66***
Обсуждение эффектов опьянения, особенностей состояния после интоксикации	60	100	10	50	5,07***
Прогулки вблизи мест приема пива, магазинов по продаже пива	54	90	10	50	3,59**
Трудоустройство на склады алкогольной продукции	9	15	8	40	2,22#
Поиск информации об употреблении пива в других странах	14	23,3	1	5	2,153#
Проявление интереса к рекламе пива, оформлению витрин пивных баров	48	80	8	40	3,273**

Примечание. ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

Таблица 3.3

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических идеаторных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах

Идеаторные нарушения	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Мысли, связанные с приемом алкоголя					
Периодически возникающие мысли об алкоголе	60	100	20	100	0,00
Мысли «предвкушения» встреч для приема алкоголя	60	100	19	95	1,05
Мысли «предвкушения» опьянения	60	100	19	95	1,05
Воспоминания о пережитых состояниях опьянения	60	100	19	95	1,05
Мысли о прекращении потребления алкоголя	16	26,7	2	10	3,44**

Окончание табл. 3.3

Идеаторные нарушения	Группа				
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Симптомы содержания сновидений					
Сновидения со сценами общения с лицами из компании потребителей	24	40	10	50	1,57
Сновидения о пребывании в местах приема алкоголя	20	33,3	10	50	1,54
Симптомы, ассоциированные с особенностями понятий, суждений и умозаключений					
Использование сленговых названий алкоголя, симптомов опьянения	60	100	19	95	1,67
Инициирование обсуждения тем, связанных с приемом алкоголя	60	100	19	95	1,67
Активное участие в беседах на темы приема алкоголя	52	86,7	17	85	1,76
Провоцирование споров при обсуждении тем, связанных с алкоголем	41	68,3	15	75	2,03**
Активное отстаивание «права» на употребление алкоголя	52	86,7	18	90	1,96
Ускорение темпа мышления при затрагивании тем приема алкоголя	50	83,3	15	75	1,89
Многоречивость в разговорах об алкоголе	52	86,7	18	90	1,81
Рассказы анекдотов об алкоголе	46	76,7	15	75	1,03
Симптомы, отражающие отношение к употреблению алкоголя					
Отрицание фактов приема алкоголя	22	36,7	1	5	2,915**
Оправдание фактов употребления алкоголя	54	90	19	95	1,95
Преуменьшение частоты приема алкоголя	50	83,3	16	80	1,98
Преуменьшение доз употребляемого алкоголя	43	71,7	12	60	2,04*
Симптомы, характеризующие отношение к влечению к алкоголю					
Отрицание влечения к приему алкоголя	34	56,7	2	10	3,08**
Констатация влечения к приему алкоголя	26	43,3	18	90	3,57**

Примечание. * p <0,05; *** p <0,001 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

Сравнительная оценка частотного распределения специфических идеаторных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах отражена в табл. 3.4.

Таблица 3.4

Сравнительная оценка частотного распределения специфических идеаторных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах

Идеаторные нарушения	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Описание безвредности приема пива	58	96,7	18	90	0,86
Распространение бытующего мнения о пользе пива для здоровья	57	95	17	85	0,88
Провоцирование дискуссии о пользе пива	48	80	17	85	0,76
Интерес к содержанию рекламы пива при ее просмотре по телевизору	46	76,7	10	50	2,87*
Интерес к уличной рекламе пива	45	75	10	50	2,86***
Обсуждение новой рекламы пива	52	86,7	3	15	3,98***

Примечание. * p <0,05; *** p <0,001 — значимые статистические различия.

Данные таблицы свидетельствуют о том, что частота неспецифических идеаторных симптомов патологического влечения к пиву ниже у подростков 4-й группы. Статистически значимо реже встречаются у них следующие симптомы патологического влечения: интерес к содержанию телевизионной рекламы пива, к его уличной рекламе, обсуждение новой рекламы.

Частотное распределение неспецифических аффективных нарушений в структуре СПВ в сравнительном аспекте в 1-й и 4-й группах отражено в табл. 3.5.

При анализе неспецифических аффективных симптомов обращает на себя внимание наличие у обследованных 1-й и 4-й групп повышения голоса и появление улыбки на лице при разговоре об алкоголе. Это отражает сохранение аффективных нарушений на этапе зависимости от пива и крепкого алкоголя.

Сравнительная оценка частотного распределения специфических аффективных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах отражена в табл. 3.6.

Таблица 3.5

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических аффективных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах

Аффективные нарушения	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Повышение голоса при разговоре об алкоголе	60	100	18	90	0,00
Появление улыбки при упоминании об алкоголе	58	96,7	17	85	1,07
Появление улыбки при воспоминании об опьянении	58	96,7	18	90	1,09

Таблица 3.6

Сравнительная оценка частотного распределения специфических аффективных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах

Аффективные нарушения	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Появление улыбки при виде пива	48	80	18	90	−0,47
Внутреннее волнение при просмотре рекламы пива	36	60	17	85	−0,76

Достоверных различий при анализе частотного распределения специфических аффективных симптомов влечения к пиву в 1-й и 4-й группах не установлено (p >0,05). Это свидетельствует о том, что симптомы патологического влечения к пиву сохраняются у подростков на этапе зависимости от пива и крепкого алкоголя.

Результаты анализа соматовегетативных нарушений в структуре СПВ. Сравнительная оценка частотного распределения соматовегетативных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах отражена в табл. 3.7.

Как видно, большая частота проявления дрожи в теле, руках, тяжести в ногах отражает тяжесть проявлений патологического влечения у подростков с алкогольной зависимостью, развившейся при употреблении пива и крепкого алкоголя.

Ниже приводим результаты сравнительной оценки частотного распределения астенических и сенсорных симптомов в структуре СПВ. Их особенности в 1-й и 4-й группах отражены в табл. 3.8.

Таблица 3.7

Сравнительная оценка частотного распределения соматовегетативных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах

Соматовегетативное нарушение	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Гипергидроз	24	40,0	10	50,0	1,02
Сердцебиение при воспоминании об опьянении	47	78,3	12	60,0	1,07
Сердцебиение во время пребывания в местах потребления алкоголя	24	40,0	8	40,0	0,00
Дрожь в теле	21	35,0	17	85,0	2,04**
Дрожь в руках	17	28,3	17	85,0	2,73**
Тяжесть в ногах	17	28,3	16	80,0	2,64**

Примечание. * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия.

Таблица 3.8

Сравнительная оценка частотного распределения астенических и сенсорных нарушений в структуре СПВ в 1-й и 4-й группах

Астеническое и сенсорное нарушение	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Жалобы: на недостаток энергии при выполнении привычной работы	12	20	16	80	3,89***
на слабость	22	36,7	15	75	2,46**
на снижение работоспособности	14	23,3	15	75	3,01***
чувство жара	2	3,3	3	15	2,7**

Примечание. ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия.

Установлены статистически значимые различия, которые позволяют говорить о большей степени выраженности астенических и сенсорных компонентов в клинике патологического влечения при зависимости от пива и крепкого алкоголя по сравнению с клиникой пивного алкоголизма. Этот факт подтверждается утяжелением клинической картины зависимости в динамике заболевания.

Таким образом, клиническая картина СПВ при зависимости от пива и крепкого алкоголя у подростков полиморфна. В ее структуре сохранялись специфические идеаторные и аффективные симптомы патологического влечения к пиву, наблюдающиеся на начальном этапе заболевания. У подростков с зависимостью от пива и крепкого алкоголя здесь преобладали поведенческие симптомы. Они проявлялись рядом особенностей, отличающих их от таковых при изолированном пивном алкоголизме: снижался интерес к получению и обсуждению новой информации о пиве. Интенсивность патологического влечения к алкоголю в 4-й группе была более выраженной, что подтверждается большей представленностью соматовегетативных и астенических проявлений.

3.3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

При изучении клинических особенностей ААС у подростков 4-й группы установлена его сложная структура, представленная психопатологическими, соматовегетативными и неврологическими нарушениями. Психопатологические нарушения отражаются в аффективных (дистимических, эксплозивных, дисфорических, тревожных), астенических и апатических проявлениях.

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов психопатологических нарушений в структуре ААС в 1-й и 4-й группах представлена в табл. 3.9.

Статистически значимые различия, выявленные при сравнении дистимических, эксплозивных, дисфорических, тревожных симптомов ААС, указывают на большую частоту их встречаемости у подростков с зависимостью от пива и крепкого алкоголя. Это отражает большую выраженность клинических проявлений абстинентного синдрома в 4-й группе.

Астенические и апатические проявления статистически значимо чаще выявлялись при зависимости вследствие употребления пива и водки (4-я группа). Это может быть связано с нарастанием проявлений органического психосиндрома в динамике заболевания.

Таблица 3.9

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов психопатологических нарушений в структуре ААС в 1-й и 4-й группах

Симптом	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Дистимические					
Снижение настроения	28	46,7	18	90	3,846**
Подавленность	22	36,7	18	90	4,632**
Жалобы на внутренний дискомфорт	34	56,7	19	95	3,819**
Жалобы на скуку и однообразие	10	16,7	12	60	3,602**
Неразговорчивость	18	30	10	50	1,596**
Эксплозивные					
Легкая возбудимость	15	25	16	80	4,52**
Взрывчатость	7	11,7	17	85	6,383**
Агрессивность	10	16,7	15	75	4,849**
Враждебность	12	20	16	80	4,985**
Конфликтность	26	43,3	14	70	2,115#
Грубость	22	33,3	18	90	5,159**
Дисфорические					
Озлобленность	12	20	16	80	4,985**
Ворчливость	10	16,7	15	75	4,849**
Недовольство	32	53,3	18	90	3,995**
Тревожные					
Тревога	9	15	18	90	6,596**
Беспокойство	12	20	12	60	3,273**
Неусидчивость	14	23,3	8	40	1,402**
Астенические					
Лабильность эмоций	26	43,3	15	75	1,826#
Несдержанность	32	53,3	18	90	3,335**
Раздражительность	23	38,3	18	90	4,504**
Вялость	21	35	12	60	2,418**
Быстрая утомляемость	22	36,7	12	60	2,295#
Плаксивость	2	3,3	12	60	5,449**
Постоянная усталость	6	10	12	60	4,369**
Апатические					
Пассивность	5	8,3	8	40	3,04**
Безразличие ко всему	4	6,7	6	30	2,459**

Окончание табл. 3.9

Симптом	Группа				
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Нежелание чем-либо заниматься	7	11,7	6	30	1,785#
Медлительность	5	8,3	6	30	2,227#

Примечание. ** p <0,01; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции.

Сравнительная оценка их частотного распределения соматовегетативных и неврологических симптомов ААС в 1-й и 4-й группах представлена в табл. 3.10.

Таблица 3.10

Сравнительная оценка частотного распределения соматовегетативных и неврологических симптомов в структуре ААС в 1-й и 4-й группах

Симптом	Группа				
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Трудности засыпания	10	16,7	16	80	4,864**
Снижение аппетита	22	36,7	18	90	4,632**
Сухость во рту	18	30	15	75	3,621**
Головная боль	36	60	18	90	2,812**
Сердцебиение	13	21,7	12	60	2,653**
Боль в области сердца	12	20	10	50	2,494**
Жажда	25	41,7	18	90	4,237**
Гипергидроз	8	13,3	18	90	6,782**
Тремор	4	6,7	13	80	5,232**
Озноб	4	6,7	14	70	5,647**
Жар	3	5	14	70	5,93**
Парестезии	3	5	12	60	5,12**

Примечание. ** p <0,01.

При анализе частотного распределения симптомов соматовегетативных и неврологических нарушений ААС у обследованных 1-й и 4-й групп установлены значимые статистические различия. Они свидетельствуют о большей выраженности симптоматики у подростков с зависимостью, развившейся при употреблении пива и крепкого алкоголя (4-я группа), и отражают бóльшую тяжесть проявлений ААС.

У подростков с зависимостью от пива и крепкого алкоголя в структуре ААС сохраняются симптомы аффективных, соматовегетативных

и неврологических нарушений, присущих этапу пивного алкоголизма. Выявленные статистически значимые различия частоты встречаемости преобладающего числа симптомов ААС свидетельствуют о большей тяжести проявлений ААС у подростков с зависимостью от пива и крепкого алкоголя. Утяжеление проявлений симптомов в структуре ААС отражает динамику заболевания. В клинике ААС сохраняются симптомы соматовегетативных и неврологических нарушений, выявлявшиеся на этапе пивного алкоголизма (1-я группа).

Таким образом, ААС при употреблении пива и крепкого алкоголя имеет сложную структуру, представленную сочетанием психопатологических, соматовегетативных и неврологических нарушений. Психопатологические нарушения характеризовались дистимическими, тревожными, дисфорическими, эксплозивными аффективными симптомами, а также астеническими и апатическими проявлениями. В структуре психопатологических нарушений установлено преобладание дистимических, дисфорических и эксплозивных симптомов. Их частота была выше, чем у больных с пивным алкоголизмом (1-я группа). Это свидетельствует об утяжелении ААС в динамике заболевания.

3.4. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

При изучении особенностей клиники личностных нарушений у подростков с зависимостью от пива и крепкого алкоголя установлена сложная структура, представленная изменениями направленности личности, характерологическими нарушениями, симптомами, характеризующими отношение к болезни и лечению.

Изменения направленности личности подростков касались прежде всего трансформации структуры и иерархии потребностей. Это проявлялось в нарастании криминальной активности. Большинство подростков 4-й группы (18 человек, или 90%) совершили преступления имущественного характера (кражи, грабежи, разбойные нападения), 1 (5%) подросток совершил акт вандализма, 1 (5%) нанес тяжкие телесные повреждения, повлекшие тяжелый вред здоровью.

Подавляющее большинство обследованных (16 человек, или 80%) совершали преступления после употребления алкоголя. Ряд подростков (14 человек, или 70%) отметили, что осуществляли преступления

с целью получения денег для покупки алкоголя и продуктов питания. Заслуживает внимания фабула одной из магазинных краж, когда подросток после проникновения в магазин предпочел забрать из него несколько бутылок водки.

Характерологические нарушения у подростков 4-й группы проявились в виде формирования устойчивого сочетания истероэпилептоидно-неустойчивых черт, что подтверждается данными обследования с использованием ПДО Личко–Иванова.

Следующее специфическое личностное нарушение, выявленное при обследовании подростков 4-й группы, — нарушение осознания болезни, проявляющееся в отношении подростков к употреблению алкоголя и оказанию специализированной наркологической помощи (табл. 3.11).

Таблица 3.11

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических симптомов, отражающих отношение к употреблению алкоголя и лечению, в 1-й и 4-й группах

Симптом	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Действия по сокрытию состояния опьянения	54	90	2	10	6,95***
Лживость с целью сокрытия приобщения к приему алкоголя	48	80	3	15	3,71***
Бравирование опытом приема алкоголя	42	70	18	90	−2,53**
Применение средств, препятствующих распознаванию опьянения	20	33,3	1	5	3,22***
Уклонение от оказания медицинской помощи в наркологических учреждениях	26	43,3	19	95	−3,25***
Скептическое отношение к специализированной наркологической помощи	31	51,7	19	95	−2,90***
Враждебное отношение к медицинским работникам наркологических учреждений	20	33,3	19	85	−4,33***

Примечание. ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия.

Ряд симптомов (действия по сокрытию состояния опьянения, применение средств, препятствующих распознаванию опьянения, лживость с целью сокрытия приобщения к приему алкоголя) в 4-й группе встречался статистически значимо реже. Это следует рассматривать

как отрицательную динамику, проявлявшуюся в безразличном отношении к мнению близких об употреблении алкоголя, отсутствии необходимости скрывать пробы алкоголя от окружающих. Бравирование опытом приема алкоголя чаще (p <0,01) встречалось в 4-й группе по сравнению с 1-й. По мере формирования зависимости от пива и крепкого алкоголя изменялось отношение подростков к оказанию специализированной наркологической помощи. Подростки 4-й группы чаще (p <0,001) уклонялись от оказания им медицинской помощи в наркологических учреждениях, демонстрировали скептическое отношение к ней, проявляли враждебное отношение к медицинским работникам наркологических учреждений. Выявленные различия показателей, касающиеся отношения подростков к зависимости от пива и крепкого алкоголя, — это особенности, которые снижают эффективность оказания специализированной наркологической помощи. Их целесообразно использовать при построении профилактической работы, одной из мишеней которой должно стать преодоление анозогнозии.

Диагностика когнитивных нарушений осуществлялась с использованием клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов.

Психопатологические проявления когнитивных нарушений в 4-й группе отражены в табл. 3.12.

Таблица 3.12

Психопатологические проявления когнитивных нарушений

Проявления	Средние значения балльной оценки
Трудности сосредоточения внимания	1,7
Снижение памяти	2,3
Эмоциональная несдержанность	1,9
Психическая и физическая истощаемость	1,7

Примечание. Степень выраженности симптомов в баллах: 0 — симптом отсутствует; 1 — слабо выражен; 2 — умеренно выражен; 3 — сильно выражен.

Память (непосредственное запоминание), активность внимания и утомляемость изучены методикой «Запоминание 10 слов». Результаты представлены в табл. 3.13.

В табл. 3.13 представлены усредненные показатели запоминания 10 слов, свидетельствующие о наличии признаков когнитивной дисфункции (нарушение процессов памяти и параметров внимания) у обследованных.

Таблица 3.13

Усредненные показатели методики «Запоминание 10 слов»

Номер попытки	Усредненный показатель
1	5,1
2	5,9
3	6,3
4	7,4

Полученные результаты клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследований позволили выявить у подростков, употребляющих пиво и крепкий алкоголь, признаки органического психосиндрома.

Таким образом, у подростков 4-й группы выявлены личностные и когнитивные нарушения, подтверждающие большую тяжесть психических нарушений при зависимости, развившейся вследствие сочетанного употребления пива и крепкого алкоголя.

Психические нарушения, выявленные у обследованных, определяют развитие нарушения адаптации к социуму.

Сравнительная оценка частотного распределения симптомов социальной дезадаптации, проявляющихся в значимых сферах деятельности подростков — учебном процессе, хобби, общении в семье, — представлена в табл. 3.14.

Таблица 3.14

Сравнительная оценка частотного распределения неспецифических симптомов социальной дезадаптации в 1-й и 4-й группах

Симптом	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс	%	
Нарушение дисциплины в учебном заведении	56	93,3	4	20	3,87***
Провоцирование конфликтов с педагогами	56	93,3	4	20	2,21*
Пропуски занятий в учебном заведении	56	93,3	16	80	2,21*
Уходы с занятий	35	58,3	16	80	−0,38
Инициирование перевода в вечернюю школу	12	20	14	70	3,52***
Прекращение обучения	11	18,3	16	80	−2,66**

Окончание табл. 3.14

Симптом	Группа				φ
	1-я (n = 60)		4-я (n = 20)		
	Абс.	%	Абс	%	
Провоцирование конфликтов с членами семьи	58	96,7	17	75	−2,00*
Уходы из дома	7	11,7	16	80	−2,53**
Привлечение к административной ответственности в связи с приемом алкоголя	50	83,3	19	95	−4,61***
Постановка на профучет в милиции	58	96,7	19	95	−2,00*

Примечание. * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия.

Выявленные статистически значимые различия между показателями 1-й и 4-й групп свидетельствуют о том, что в 4-й группе к моменту обследования сократилось число обучающихся. Это связано с тем, что они из-за тяжести состояния не справлялись с усвоением учебной программы и прекращали обучение. Прекращение обучения у подростков 4-й группы обусловлено и нарастанием тяжести симптомов зависимости от пива и крепкого алкоголя, резким снижением познавательной мотивации. Если для этапа формирования пивного алкоголизма были характерны начальные проявления дезадаптации в учебном заведении, то при присоединении приема крепкого алкоголя отмечено прогрессирование социальной дезадаптации: снижение познавательной мотивации, уход с занятий, перевод на вечернюю форму обучения в школе без достаточных для этого оснований, последующее прекращение обучения. Нарастающие эмоционально-волевые нарушения и высокая интенсивность патологического влечения подтверждаются большей частотой (p <0,001) проявлений безразличия подростков с зависимостью от пива и крепкого алкоголя к мнению окружающих о себе (по сравнению с подростками с пивным алкоголизмом). Несмотря на нахождение на профилактическом учете в органах внутренних дел, подростки 4-й группы продолжали совершать правонарушения, что указывает на формирование криминальной направленности личности при зависимости от пива и крепкого алкоголя.

При изучении особенностей клиники личностных изменений у подростков с зависимостью от пива и крепкого алкоголя установлена его сложная структура, представленная изменениями направленности лич-

ности, характерологическими нарушениями, симптомами отношения к болезни и лечению, а также связанными с ними проявлениями социальной дезадаптации.

Клинико-синдромологическая структура алкоголизма, развившегося при употреблении пива и крепкого алкоголя, включает разнообразные симптомы синдрома измененной реактивности и патологического влечения, абстинентного синдрома. Присоединение к приему пива крепкого алкоголя способствует утяжелению симптомов зависимости, формированию органического психосиндрома (когнитивных нарушений), прогрессированию изменений личности и социальной дезадаптации.

Динамика изменения реактивности организма на действие алкоголя (синдром измененной реактивности) представлена утратой защитных реакций, избирательным отношением к пиву разных марок, формированием предпочтительного употребления пива с высокой крепостью, переходом к приему пива в сочетании с крепким алкоголем, связанным с новым способом достижения большего эйфоризирующего эффекта в опьянении.

Присоединение крепкого алкоголя к приему пива способствует трансформации полиморфной клинической картины СПВ. Изменяется поведенческий компонент СПВ: снижается интерес к получению и обсуждению новой информации о пиве. При зависимости от пива и крепкого алкоголя у подростков сохраняются специфические идеаторные и аффективные симптомы патологического влечения к пиву, наблюдающиеся на первом этапе заболевания (пивной алкоголизм). Интенсивность патологического влечения при зависимости от пива и крепкого алкоголя становится более выраженной, что подтверждается большей представленностью соматовегетативных и астенических проявлений.

В структуре абстинентного синдрома выявлено утяжеление клиники психопатологических нарушений за счет увеличения частоты дистимических, дисфорических и эксплозивных симптомов, большей частоты встречаемости астенических и апатических симптомов.

При зависимости от пива и крепкого алкоголя отмечены личностные нарушения, отражающиеся в изменении направленности личности, связанном с потребностями в удовлетворении патологического влечения к приему алкоголя, характерологических особенностях в виде преобладания истеро-возбудимых и неустойчивых черт, нарушении осознания болезни. Клиническую картину психических нарушений

при употреблении пива и крепкого алкоголя осложняют проявления органического психосиндрома, которые наряду с личностными изменениями способствуют социальной дезадаптации.

Переход подростков, страдающих пивным алкоголизмом, на прием наряду с пивом крепкого алкоголя позволял им достигать более выраженного эйфорического эффекта и пролонгировать опьянение.

Это способствовало быстрому прогрессированию алкогольной зависимости, на что указывало видоизменение клинических проявлений синдромов измененной реактивности и патологического влечения, абстинентного синдрома. Отмечается проявление когнитивных нарушений, усугубляются личностные нарушения и социальная дезадаптация.

Глава 4

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗА, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ

Анализ специальной литературы свидетельствует о том, что число исследований, посвященных диагностике и лечению сочетанной наркологической патологии у подростков, невелико (*Личко А.Е.*, *Битенский В.С.*, 1991; *Надеждин А.В.*, 1998; *Пятницкая И.Н.*, 2002). Низкая эффективность и сложность лечения подростков обусловлены тем, что употребление ПАВ ими осуществляется преимущественно в группах. Кроме того, невысокую эффективность лечения определяет быстрое нарастание социальной дезадаптации.

Трудности подбора и реализации дифференцированной терапии связаны со сложностью клинической картины сочетанной зависимости у подростков. По мнению А.Ю. Егорова (2002), клиническая картина полизависимостей всегда более тяжелая, так как является не простой суммой действия двух ПАВ, а результатом их взаимодействия. Представленные в 3-й главе результаты проведенного нами исследования легли в основу разработки дифференцированных диагностических и терапевтических программ.

4.1. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗА

Клинико-диагностические проблемы при алкоголизме, наркоманиях и сочетанном их течении во многом связаны с решением вопросов адекватной квалификации симптомов патологического влечения. В настоящее время изучены и подробно описаны симптомы патологического влечения к алкоголю и наркотикам у взрослых больных. Разработаны и применяются клиническая шкала оценки патологического влечения к алкоголю (*Альтшулер В.Б.*,1994), клиническая шкала оценки патологического влечения к наркотику (*Винникова М.А.*, 1999).

Аналогичных шкал, касающихся патологического влечения к алкоголю и наркотикам, которые позволяли бы количественно оценивать структуру и динамику патологического влечения у подростков, страдающих пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, пока не разработано. Нами на основе результатов исследования были разработаны критерии диагностики патологического влечения к пиву и гашишу у подростков с сочетанной зависимостью, а также шкалы для сравнительной оценки клинических симптомов СПВ. Их целесообразно использовать для своевременной диагностики зависимости от ПАВ у подростков. Кроме того, выявление патологического влечения позволяет проводить мероприятия, направленные на профилактику срывов и рецидивов зависимости.

Сравнительная оценка диагностических симптомов СПВ и их значимости при пивном алкоголизме, гашишной наркомании, пивном алкоголизме, осложненном гашишной наркоманией, представлена в табл. 4.1.

Таблица 4.1

Сравнительная оценка симптомов СПВ и их значимости при пивном алкоголизме, гашишной наркомании, пивном алкоголизме, осложненном гашишной наркоманией, у подростков, баллы

Симптом	Диагноз		
	Пивной алкоголизм	Гашишная наркомания	Сочетанная зависимость
Интернет-симптомы	3	3	1
Обмен информацией о пиве и конопле	3	3	1
Использование символики конопли	0	3	2
Изображение символики конопли	0	3	2
Хранение частей самодельного кальяна	0	3	3
Активность в беседах на темы ПАВ	3	3	2
Неусидчивость при упоминании о ПАВ	1	2	3
Активное обсуждение эффектов опьянения	3	3	2
Использование сленговых названий ПАВ	3	3	3
Специфическая жестикуляция	0	3	3

Окончание табл. 4.1

Симптом	Диагноз		
	Пивной алкоголизм	Гашишная наркомания	Сочетанная зависимость
Периодические мысли о ПАВ	3	3	3
Ускорение темпа мышления при затрагивании тем ПАВ	1	2	2
Оправдание фактов употребления ПАВ	3	2	1
Отрицание влечения к приему ПАВ	3	3	1
Описание безвредности приема пива	3	0	2
Интерес к рекламе пива	3	0	1
Распространение мифа о «легких» наркотиках	0	3	3
Повышение голоса при разговоре о ПАВ	2	3	3
Появление улыбки на лице при затрагивании темы ПАВ	3	2	3
Хохот при воспоминании об опьянении коноплей	0	3	3

Примечание. Степень диагностической значимости симптомов в баллах: 0 — симптом отсутствует; 1 — слабо выражена; 2 — умеренно выражена; 3 — ярко выражена.

Приступая к описанию диагностических критериев СПВ, следует отметить, что все они легковыявляемы. Информация об их наличии выявляется при беседе с подростком (сбор субъективного анамнеза) и наблюдении за ним, так и при сборе объективного анамнеза.

Не менее важен поиск симптомов патологического влечения при анализе информации о подростке, получаемой из других источников (в нашем случае это были характеристики с места учебы и работы, материалы уголовных дел).

Полученные в ходе исследования материалы позволяют дополнить схему опроса подростков и их родителей, предложенную А.Е. Личко, В.С. Битенским (1991).

В ходе опроса рекомендуется проанализировать наличие проявлений, названных нами «интернет-симптомы». Целесообразно получить сведения о том, имеет ли подросток доступ к Интернету. В случае его наличия получить информацию о том, какие сайты и с какой целью посещает подросток, общается ли в социальных сетях, что слу-

жит основными темами для общения с друзьями. Важно установить, изучает ли подросток имеющуюся в Интернете информацию о пиве и конопле, скачивает ли ее и как в дальнейшем ее использует (для коллекционирования, пересказа друзьям, обмена с ними). При сочетанной зависимости интернет-симптомы менее выражены в силу того, что их высокая интенсивность наблюдается на этапе пивного алкоголизма. Особое внимание при обследовании необходимо обращать на наличие у подростков символики конопли. Выяснить у самого подростка и его родственников, покупает ли он сам (или просит купить) аксессуары, учебные принадлежности с символикой конопли, использует ли ее для украшения жилища. Важно уточнить, есть ли у подростка заставки с символикой конопли в мобильном телефоне, в компьютере, что обычно он использует в качестве звонка мобильного телефона, изображает ли он символику конопли на школьных принадлежностях, рисует ли ее на улицах, в подъездах. Следует отметить, что при сочетанной зависимости данные симптомы сохраняются, но менее выражены, чем у подростков с симптомами гашишной наркомании в отличие от симптома хранения частей самодельного кальяна (наперстки, пластиковые трубочки), который встречается у них одинаково часто.

При исследовании психического статуса подростков целесообразно обратить внимание на проявляемую ими активность в беседах на темы, связанные с пивом и коноплей. Они могут в беседе с врачом инициировать обсуждение тем, связанных с приемом ПАВ, активно принимать в них участие, провоцировать споры, отстаивать «право» на употребление ПАВ, охотно рассказывать об эффектах опьянения. Следует отметить, что при сочетанной зависимости данные симптомы сохраняются, но степень их выраженности несколько меньшая по сравнению с пивным алкоголизмом и гашишной наркоманией. Особое внимание необходимо обращать на содержание высказываний подростков, касающихся приема ПАВ, которые могут оправдывать факты употребления ПАВ, преуменьшая частоту приема или дозы употребляемого ПАВ. Необходимо выявить, присутствуют ли в речи подростка сленговые названия пива и конопли, распространяет ли он миф о «легких» наркотиках, описывает ли безвредность приема пива, сообщает ли о своем интересе к рекламе пива. Важным считается выявление ускорения темпа мышления при затрагивании тем приема ПАВ (идеаторный симптом СПВ). Не менее важно выявить мысли о ПАВ, которые обычно проявляются и при пивном алкоголизме, и при гашишной наркома-

нии, и при сочетанной зависимости. Необходимо оценить, как ведет себя подросток при упоминании о ПАВ, проявляются ли в его поведении суетливость и неусидчивость, сопровождает ли он высказывания о наркотике специфической жестикуляцией потребителей конопли. Обычно подростки демонстрируют друг другу особые понятные друг другу, но непонятные взрослым жесты для определения наличия наркотика или готовности к его употреблению. При ослаблении волевого контроля поведения данные жесты демонстрируются и в ходе беседы с врачом. Важно оценить эмоциональные компоненты СПВ, обращая внимание на повышение тона голоса при разговоре о ПАВ, появление улыбки на лице при упоминании о пиве и конопле. Яркий эмоциональный симптом — хохот при воспоминании об опьянении коноплей, проявляющийся чаще при гашишной наркомании и несколько реже при сочетанной зависимости. Оценивая проявления патологического влечения у подростков, необходимо установить, осознается ли ими самими наличие влечения к приему ПАВ. Обычно подростки с пивным алкоголизмом и гашишной наркоманией отрицают наличие влечения, которое они описывают как «желание употребить пиво или коноплю». Подростки с сочетанной зависимостью реже отрицают влечение к приему ПАВ, чаще признают, что им хочется выпить пива, покурить конопли, а некоторые говорят о том, что «могли бы сделать это прямо сейчас», то есть в ходе беседы с врачом, предлагают «составить ему компанию». Это служит проявлением интенсивности влечения к приему пива и конопли при сочетанной зависимости и отражает личностные изменения подростков при сочетанной зависимости.

Таким образом, симптомы СПВ можно использовать как для диагностики наличия патологического влечения, так и для оценки его интенсивности. О ней можно судить по наличию у подростков всех компонентов СПВ (поведенческих, эмоциональных, идеаторных). Помимо этого, целесообразно их использовать для прогноза течения заболевания и эффективности проводимой терапии. В данном случае о благоприятном прогнозе заболевания и наличии эффективности проводимой терапии будет свидетельствовать редукция симптомов СПВ.

Для диагностики и прогноза течения заболевания целесообразно проводить анализ изменений личности, которые можно легко выявить. Сравнительная оценка выраженности клинических симптомов изменения личности при пивном алкоголизме, гашишной наркомании, пивном алкоголизме, осложненном гашишной наркоманией, отражена в табл. 4.2.

Таблица 4..

Сравнительная оценка выраженности клинических симптомов изменения личности при пивном алкоголизме, гашишной наркомании, пивном алкоголизме, осложненном гашишной наркоманией, баллы

Клинические симптомы	Диагноз		
	Пивной алкоголизм	Гашишная наркомания	Сочетанная зависимость
Нарушение дисциплины в учебном заведении	3	3	1
Провоцирование конфликтов с педагогами	3	3	1
Пропуски занятий в учебном заведении	3	2	1
Уходы с занятий	2	3	3
Прекращение обучения	2	3	3
Пропуски занятий в кружках и секциях	3	2	1
Провоцирование конфликтов с членами семьи	3	3	3
Уходы из дома	1	3	3
Неряшливость	2	3	3
Безразличие к мнению окружающих	2	3	3
Действия по сокрытию опьянения	2	3	3
Лживость с целью сокрытия приобщения к приему ПАВ	3	3	1
Применение средств, препятствующих распознаванию опьянения	3	3	1
Бравирование опытом приема ПАВ	3	3	1
Уклонение от оказания медицинской помощи в наркологических учреждениях	2	3	3
Прерывание курса лечения	1	3	3
Симптомы: коллекционирования	0	3	1
поиска информации о конопле	0	3	1
своеобразного проведения досуга	0	3	1

Примечание. Степень выраженности симптомов в баллах: 0 — симптом отсутствует; 1 — слабо выражен; 2 — умеренно выражен; 3 — ярко выражен.

Приступая к описанию диагностически значимых симптомов изменения личности, следует сказать о выявленной нами этапности их формирования, которая соответствует этапам развития сочетанной зависимости. В структуру личностных изменений, присущих этапу пивного алкоголизма, входит комплекс симптомов, отражающих начальные проявления расстройств социальной адаптации. Это нарушение дисциплины в учебном заведении, провоцирование конфликтов с педагогами, пропуски занятий в учебном заведении, в кружках и секциях. Данные симптомы приводят к возникновению конфликтов с членами семьи, поэтому в ходе диагностической беседы с подростком, при опросе родителей, изучении информации из дополнительных источников необходимо получить информацию о возможном проявлении перечисленных выше изменений поведения подростка. На этапе пивного алкоголизма подростки чаще предпринимают действия по сокрытию состояния опьянения, применяют средства, препятствующие распознаванию опьянения, чаще проявляют осторожность, лживость с целью сокрытия приобщения к приему пива. Поэтому в ходе беседы с родителями необходимо выяснить, был ли ребенок замечен ими в состоянии опьянения, как вел себя при этом. Важно выявить, как ведет себя подросток при возвращении после прогулок. Это связано с тем, что на этапе формирования пивного алкоголизма подростки стремятся вернуться домой позже, когда родители уже спят, либо по возвращении домой стараются быть незамеченными, запираются в своих комнатах, избегают общения с родителями, раньше ложатся спать.

На этапе сочетанной зависимости расстройства адаптации становятся более выраженными, что проявляется в уходах с занятий, прекращении обучения, занятий в кружках и секциях. Нарастающие конфликты с родителями, связанные с требованием денег для покупки ПАВ либо выявленными родителями фактами краж, приводят к уходам подростков из дома. Изменяется их отношение к своей внешности, что проявляется в неряшливости, безразличии к складывающемуся у окружающих мнению о них. Личностные изменения в виде дальнейшего заострения либо формирования черт демонстративности отражаются в том, что подростки на этапе сочетанной зависимости уже не скрывают прием ПАВ, не только признают его, но и бравируют опытом приема пива и конопли. Важно при диагностике выявить симптомы, отражающие отношение подростков к оказываемой им медицинской помощи. На этапе сочетанной зависимости подростки уклоняются от оказания медицинской помощи в наркологических учреждениях, прерывают курс лечения.

В ходе диагностики гашишной наркомании и сочетанной зависимости от пива и конопли целесообразно использовать выявленный в ходе исследования ситмптомокомплекс специфической трансформации интересов. Подростки обычно охотно сообщают врачу о том, что собирают коллекции аксессуаров, фотографий, картинок, анекдотов и историй о конопле, сообщают о том, что обмениваются ими с друзьями. А иногда при высокой интенсивности патологического влечения и ослаблении волевого контроля поведения предлагают врачу «создать свою коллекцию», дарят ему части своих коллекций. Также охотно подростки признают, что осуществляют поиск информации о конопле. Среди найденных ими сведений указывают данные о Королевстве Нидерланды, о субкультуре растаманов, о творчестве музыкантов, употребляющих коноплю. Особое место среди интересующей подростков информации занимает поиск сведений о других ПАВ, вызывающих одурманивание, но не выявляемых при медицинском освидетельствовании с использованием тест-полосок. Это прежде всего растения-энтеогены (голубой лотос, сальвия, индийский дурман, кратом), а также курительные смеси. Успешно диагностируются симптомы «своеобразного проведения досуга», отражающиеся в фотографировании растений конопли, марихуаны, гашиша, просмотре видеоклипов, художественных фильмов с тематикой, касающейся конопли, чтении книг, в которых описывается действие конопли, прослушивании «сказок» Дм. Гайдука и песен о конопле, посещении концертов музыкантов, не скрывающих фактов приема конопли. При сочетанной зависимости от пива и конопли интенсивность проявления симптомов комплекса специфической трансформации интересов снижается по сравнению с гашишной наркоманией, что связано с нарушениями волевых процессов. Это прогностически неблагоприятно.

Таким образом, анализ личностных изменений позволяет выявить подростков на начальном этапе формирования сочетанной зависимости, что дает возможность своевременно начать лечебные мероприятия и обеспечить благоприятный прогноз.

Выявление компонентов СПВ, личностных изменений, а также динамики их формирования при сочетанной зависимости помогает своевременно диагностировать заболевание на начальных этапах его формирования, определить комплекс дифференцированных лечебных мероприятий, оценить эффективность их проведения, а также определить прогноз заболевания.

4.2. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

В приложении к приказу Минздрава России от 28.04.1998 г. №140 «Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных» подчеркивается, что психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков и других психоактивных веществ (шифр МКБ-10 F19) отличаются большой вариабельностью. Лечение их на всех этапах зависит от состава препаратов, входящих в принимаемую больным комбинацию.

Для терапии синдрома зависимости от алкоголя рекомендуется использовать в амбулаторных условиях витамины, ноотропы, гепатопротекторы, средства подавления обострений патологического влечения к алкоголю: нейролептики, антидепрессанты, антиконвульсанты, средства сенсибилизации к алкоголю. Для лечения синдрома зависимости вследствие употребления каннабиноидов (в фазе синдрома отмены каннабиноидов) в амбулаторных условиях предлагается использовать транквилизаторы и снотворные, средства, подавляющие влечение к наркотикам, корректоры поведения, антиконвульсанты, препараты, влияющие на процессы тканевого обмена, витамины, аминокислоты. Следует отметить, что применение некоторых препаратов, предлагаемых в данных стандартах, в подростковом возрасте не совсем оправдано. Это связано с побочными явлениями при применении некоторых препаратов в подростков возрасте, которые формируют негативное отношение к лечению. В 2002 г. были предложены инструктивно-методические материалы по реализации приказа Минздрава России от 07.02.2002 г. №47 «О совершенствовании оказания медицинской помощи беспризорным и безнадзорным детям», где имелись указания по проведению лечебных мероприятий для подростков с зависимостью от ПАВ, однако в настоящее время данный приказ утратил силу.

В связи с этим оптимизация специализированной наркологической помощи подросткам с пивным алкоголизмом, пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, а также алкогольной зависимостью, развившейся при употреблении пива и крепкого алкоголя, предусматривает разработку дифференцированных лечебных мероприятий, которые направлены на медикаментозную и немедикаментозную коррекцию симптомов.

Медикаментозная коррекция включает воздействие на СПВ и эмоционально-волевые нарушения путем назначения психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, ноотропы). Она должна проводиться с учетом рекомендаций, содержащихся в специальной литературе (*Пятницкая И.Н.* 2002; *Найденова Н.Г.*, 2005; *Альтшулер В.Б.*, 2008), и нормативных документов, регламентирующих оказание наркологической помощи в России.

Медикаментозные препараты, рекомендуемые для воздействия на проявления СПВ у подростков, указаны в табл. 4.3 (в скобках — торговое название препарата).

Таблица 4.3

Медикаментозные препараты, рекомендуемые для воздействия на проявления СПВ

Компоненты СПВ	Препараты		
	Нейролептики	Антидепрессанты	Антиконвульсанты
Поведенческий	Перициазин (неулептил) Клозапин (лепонекс) Тиоридазин (сонапакс)	—	Финлепсин
Идеаторный	Флупентсол (флюанксол)	—	
Эмоциональный: – дистимические – дисфорические – эксплозивные – астенические	Перициазин (неулептил) Тиоридазин (сонапакс)	Амитриптилин (тегретол) Миансерин (леривон) Анафранил	
Сенсорные	Флупентрисол (флюанксол)	—	
Соматовегетативный		Тофизопам (грандаксин)	

Для воздействия на патологическое влечение рекомендуются нейролептики мягкого действия (неулептил 10–30 мг/сут, 1 мес. и более, лепонекс 25–75 мг/сут, сонапакс 25–75 мг/сут), антидепрессанты с седативным эффектом (амитриптилин 25–50 мг/сут) антиконвульсанты (карбамазепин 100–400 мг/сут, а также транквилизатор с вегетостабилизирующим действием тофизопам (грандаксин).

Грандаксин (тофизопам) использовался у подростков в дозе 50–150 мг/сут для купирования соматовегетативных проявлений патологического влечения к алкоголю и гашишу, для лечения неврозоподобных расстройств (эмоциональная напряженность, страхи), наблюдавшихся у подростков в ремиссии.

Тизерцин (левомепромазин) использовался до 25 мг сут вечером для купирования расстройств сна, развивавшихся у больных на этапе формирования ремиссии.

Стимулотон (сертралин) использован для купирования эмоциональных (дистимических) проявлений синдрома патологического влечения (в дозе 25–50 мг/сут).

Медикаментозные препараты, рекомендуемые для воздействия на эмоционально-волевые нарушения в структуре личностных изменений у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, указаны в табл. 4.4.

Таблица 4.4

Медикаментозные препараты, рекомендуемые для воздействия на эмоционально-волевые нарушения

Симптом	Препараты		
	Нейролептики	Ноотропы, биотики	Антиконвульсанты
Эмоционально-волевые нарушения	Перициазин (неулептил) Клозапин (лепонекс) Тиоридазин (сонапакс) Хлорпротиксен (труксал) Тизерцин (левомепромазин)	Пирацетам (луцетам) Холина альфосцерат (глиатилин) Пикамилон Глицин Биотредин	Финлепсин

Таким образом, для коррекции симптомов СПВ целесообразно использовать препараты нейролептического действия, а также антидепрессанты и антиконвульсанты. Для коррекции эмоционально-волевых нарушений целесообразно использование нейролептиков, антиконвульсантов, ноотропов и биотиков. Применение препаратов двух последних групп обосновано развитием органических нарушений при сочетанной зависимости. Следует отметить, что прием препаратов необходимо проводить под строгим контролем, поскольку ряд их может использоваться подростками с целью достижения эффектов одурманивания.

Изучение эффективности луцетама (пирацетама) для коррекции когнитивных нарушений проведено у 20 больных в возрасте 18–19 лет. У всех обследованных сформировался органический психосиндром в результате сочетанного употребления пива и крепких спиртных напитков. Молодые люди были разделены на две группы. В 1-ю (основную) группу вошли 10 больных, в лечении которых использовался ноотроп луцетам (пирацетам), витамины (витамин B_1, «нейромультивит»), гепатотропное средство метадоксил, антиоксидант токоферол. В контрольную группу были включены 10 больных, лечение которым проводилось с использованием перечисленных выше витаминов, гепатотропного средства и антиоксиданта. Схемы лечения представлены в табл. 4.5.

Таблица 4.5

Схемы лечения когнитивных нарушений у обследованных больных

Группа больных	Медикаментозные средства			
	Ноотропы	Витамины	Гепатотропные средства	Антиоксиданты
Основная (лечение по предложенной схеме)	Луцетам (пирацетам) по 2,4 г/сут с 1-го дня лечения	Витамин B_1 по 300 мг/сут внутримышечно 10 дней, затем нейромультивит по 2 таблетки в сутки 20 дней	Метадоксил по1000 мг/сут	Токоферол по100 мг/сут
Контрольная	—	Витамин B_1 по 300 мг/сут внутримышечно 10 дней, затем нейромультивит по 2 таблетки в сутки 20 дней	Метадоксил по 1000 мг/сут	Токоферол по 100 мг/сут

Схемы лечения когнитивных нарушений в основной и контрольной группах отличались набором медикаментозных средств. В основной группе использовался луцетам (пирацетам) в дозе 2,4 г/сут по схеме 2 таблетки по 800 мг утром, 1 таблетка 800 мг днем в сочетании с витаминами, гепатотропным средством и антиоксидантом. В контрольной группе луцетам (пирацетам) не назначали. Лечение проводили только витаминами, гепатотропным средством и антиоксидантом.

Обследование проводилось дважды — на 10-й день после прекращения алкоголизации и дезинтоксикационных и общеукрепляющих мероприятий (до начала лечения по упомянутым схемам) и по окончании срока лечения (30-й день). Продолжительность лечения составила 21 день. Осуществлялась сравнительная оценка выраженности психопатологических проявлений когнитивных нарушений в основной и контрольной группах. Ее результаты отражены в табл. 4.6, 4.7.

Таблица 4.6

Сравнительная оценка выраженности психопатологических проявлений синдрома когнитивных нарушений в основной и контрольной группах до начала лечения

Клинические проявления	Средние значения балльной оценки в группе		Сумма рангов в группе		Z	U
	основная	контрольная	основная	контрольная		
Трудности сосредоточения внимания	1,7	1,6	92,5	91,4	0,14	42,4
Снижение памяти	2,3	2,2	105,0	99,0	0,33	42,0
Эмоциональная несдержанность	1,9	1,6	90,0	89,6	0,27	42,0
Психическая и физическая истощаемость	1,7	1,8	94,0	93,2	−0,19	45,0

Примечание. Степень выраженности симптомов в баллах: 0 — симптом отсутствует; 1 — слабо выражен; 2 — умеренно выражен; 3 — сильно выражен.

Таблица 4.7

Сравнительная оценка выраженности психопатологических проявлений синдрома когнитивных нарушений на 21-й день лечения в основной и контрольной группах

Клинические проявления	Средние значения балльной оценки в группе		Сумма рангов в группе		Z	U
	основная	контрольная	основная	контрольная		
Трудности сосредоточения внимания	0,3	1,1	67,0	117,0	−1,79	24,0#

Окончание табл. 4.7

Клинические проявления	Средние значения балльной оценки в группе		Сумма рангов в группе		Z	U
	основная	контрольная	основная	контрольная		
Снижение памяти	0,5	1,2	69,0	127,0	−2,32	17,0*
Эмоциональная несдержанность	0,3	1,0	70,0	120,0	−1,64	23,0#
Психическая и физическая истощаемость	0,2	0,9	54,0	112,0	−1,0	13,0*

Примечание. Степень выраженности симптомов в баллах: 0 — симптом отсутствует; 1 — слабо выражен; 2 — умеренно выражен; 3 — сильно выражен; *p <0,05 — значимые статистические различия; # p >0,05 — <0,1 — различия на уровне статистической тенденции; Z — нормированная нормальная случайная величина; U — критерий Манна—Уитни.

Клинико-психопатологическим методом установлено, что в результате приема луцетама (пирацетама) редуцировались проявления органического психосиндрома. Выявлена заметная положительная динамика мнестических процессов, улучшение свойств внимания, уменьшение проявлений эмоциональной несдержанности, психической и физической истощаемости.

Сравнительная оценка выраженности психопатологических проявлений синдрома когнитивных нарушений в основной и контрольной группах до начала лечения представлена ниже. Для объективизации клинической эффективности луцетама (пирацетама) при лечении когнитивных нарушений у подростков, больных алкоголизмом (вследствие сочетанного употребления пива и крепких спиртных напитков), использован экспериментально-психологический метод. Изучена память (непосредственное запоминание) методикой «запоминание 10 слов». Известно, что она применяется для оценки не только состояния памяти, но и активности внимания и утомляемости. Указанная методика позволяет объективизировать нарушения ведущих составляющих органического психосиндрома (памяти, внимания). Экспериментально-психологическое исследование проведено в динамике в основной и контрольной группах. В основной группе исследование проводилось до начала и после завершения лечения луцетамом (пирацетамом).

Таблица 4.8

Усредненные показатели методики «запоминание 10 слов» в основной и контрольной группах до начала и после завершения лечения

Номер попытки	Период обследования группы			
	до начала лечения		после завершения лечения	
	Основная группа (n = 10)	Контрольная группа (n = 10)	Основная группа (n = 10)	Контрольная группа (n = 10)
1	5,1	5,0	6,5	5,4
2	5,9	5,7	7,7	6,0
3	6,3	6,5	8,7	6,9
4	7,4	7,3	9,0	7,9

В таблице 4.8 представлены усредненные показатели запоминания 10 слов в основной и контрольной группах до начала и после завершения лечения. Как видно, до начала лечения они заметно не отличались. После завершения лечения в основной и контрольной группах наблюдалась положительная динамика показателей запоминания 10 слов. В группе больных, получавших луцетам (пирацетам), установлены более значительные изменения, свидетельствующие об улучшении процессов памяти и внимания. В основной группе к концу лечения луцетамом (пирацетамом) усредненный показатель запоминания 10 слов увеличился с 7,4 до 9,0 (в контрольной группе с 7,3 до 7,9). Это наглядно подтверждается и результатами статистической обработки показателей методики «запоминание 10 слов» с использованием критерия Т. Вилкоксона (табл. 4.9–4.12).

Таблица 4.9

Сравнительная оценка показателей методики «запоминание 10 слов» в основной и контрольной группах до начала лечения

Номер попытки	Сумма рангов		Z	U
	Группа			
	основная (n = 10)	контрольная (n = 10)		
1	99,50	102,40	−0,21	43,50
2	103,50	99,50	0,28	43,50
3	109,00	94,00	0,35	42,00
4	102,50	106,50	−0,34	44,50

Примечание. Z — нормированная нормальная случайная величина; U — критерий Манна—Уитни.

Таблица 4.10

Сравнительная оценка показателей методики «запоминание 10 слов» в основной и контрольной группах после завершения лечения

Номер попытки	Сумма рангов		Z	U
	Группа			
	основная (n = 10)	контрольная (n = 10)		
1	142,00	73,00	2,67	17,00**
2	148,00	66,00	4,20	8,00**
3	154,00	60,00	4,65	4,00***
4	158,50	59,50	4,49	3,50***

Примечание. ** p <0,01; *** p <0,001 — значимые статистические различия; Z — нормированная нормальная случайная величина; U — критерий Манна—Уитни.

Таблица 4.11

Сравнительная оценка показателей методики «запоминание 10 слов» в основной группе до начала и после завершения лечения

Номер попытки	Z	T
1	3,52	0,00*
2	3,67	0,00**
3	4,70	0,00**
4	4,90	0,00**

Примечание. * p <0,05; ** p <0,01 — значимые статистические различия; Z — нормированная нормальная случайная величина; T — статистический критерий.

Таблица 4.12

Сравнительная оценка показателей методики «запоминание 10 слов» в контрольной группе до начала и после завершения лечения

Номер попытки	Z	T
1	0,90	1,50
2	0,60	6,00
3	0,79	10,50
4	0,87	5,00

Результаты экспериментально-психологического исследования показателей непосредственного запоминания, отражающие состояние ког-

нитивных функций (память, мышление, внимание), до начала и после завершения лечения также дают основание отнести луцетам (пирацетам) к числу эффективных средств лечения когнитивной дисфункции.

Полученные результаты клинико-психопатологического и экспериментально-психологического исследования позволяют включить препарат луцетам (пирацетам) в комплекс терапевтических мероприятий для больных с органическим психосиндромом в результате сочетанного употребления пива и крепких спиртных напитков.

Результаты использования тофизопама (грандаксина) для купирования аффективных и соматовегетативных симптомов патологического влечения к ПАВ у подростков с сочетанной зависимостью от пива и каннабиноидов в период ремиссии представлены ниже.

Нами оценена эффективность тофизопама (грандаксина) для коррекции аффективных (тревожно-депрессивных) расстройств и неспецифических соматовегетативных нарушений у подростков с сочетанной зависимостью от пива и каннабиноидов в период ремиссии.

Обследовано 18 проходивших амбулаторное лечение подростков в возрасте от 17 до 18 лет с диагнозом сочетанной зависимости от пива и каннабиноидов.

Использовались клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы (шкала самооценки тревоги Спилбергера–Ханина, шкала депрессии Зунга). Признаки вегетативных нарушений изучались с помощью опросника Вейна (вариант, заполняемый врачом).

Аффективные нарушения в клинике СПВ были представлены расстройствами тревожно-депрессивного спектра. Они проявлялись внутренней напряженностью, тревогой, беспокойством, подавленностью, сниженным настроением. Неспецифические соматовегетативные нарушения в структуре синдрома патологического влечения характеризовались дрожью в теле и в руках, тяжестью в ногах, гипергидрозом ладоней, головокружениями, ухудшением самочувствия при перемене погоды.

Проводилась динамическая оценка аффективных и соматовегетативных нарушений СПВ в процессе лечения тофизопамом (грандаксином). Препарат назначали в дозе 25–50 мг в день (утром и днем). Продолжительность курса лечения определялась наличием положительной динамики изменения состояния и составила от 14 до 21 дня. Психическое состояние больных оценивалось до начала приема препарата и на 10-й день от начала терапии.

Результаты, полученные при анализе данных клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов исследования, представлены ниже.

Динамика частотного распределения симптомов аффективных нарушений в процессе лечения тофизопамом (грандаксином) отражена в табл. 4.13.

Таблица 4.13

Динамика частотного распределения симптомов аффективных нарушений СПВ в процессе лечения тофизопамом (грандаксином)

Симптом	Этап лечения				φ
	До начала		На 10-й день		
	Абс.	%	Абс.	%	
Внутренняя напряженность	17	94,4	5	27,8	4,659***
Тревога	15	83,3	3	16,7	4,374***
Беспокойство	17	94,4	3	16,7	4,659***
Подавленность	16	88,9	4	22,2	3,479***
Сниженное настроение	17	94,4	3	16,7	4,659***

Примечание. *** $p < 0{,}001$ — значимые статистические различия.

Как видно, данные клинико-психопатологического обследования свидетельствуют об уменьшении частоты встречаемости жалоб, отражающих аффективные нарушения. Это свидетельствует о влиянии тофизопама (грандаксина) на аффективные проявления СПВ.

Эффективность влияния тофизопама (грандаксина) подтверждается и данными экспериментально-психологического обследования (табл. 4.14, 4.15).

Таблица 4.14

Динамика показателей ситуативной тревожности в процессе лечения

Оценочная шкала	Этап лечения		
	До начала	На 10-й день	*P*
Ситуативная тревожность	44,13±1,15	32,16 ± 0,67	<0,05

До начала лечения средний показатель ситуативной тревожности находился в диапазоне высокого уровня. На 10-й день приема тофизопама (грандаксина) отмечено снижение показателя до умеренного уровня (см. табл. 4.15).

До начала приема тофизопама (грандаксина) уровень депрессии находился в диапазоне умеренного, на 10-й день лечения наблюдалось снижение показателя депрессии до уровня легкого депрессивного эпизода.

По данным клинико-психопатологического исследования отмечено снижение частотного распределения соматовегетативных симптомов: дрожь в теле и руках, тяжесть в ногах, гипергидроз ладоней, головокружение, ухудшение самочувствия при перемене погоды (табл. 4.16).

Таблица 4.15

Динамика показателей депрессии в процессе лечения тофизопамом (грандаксином)

Оценочная шкала	Этап лечения		
	До начала	На 10-й день	P
Уровень депрессии В. Зунга	56,42±0,64	45,17 ± 0,34	< 0,05

Таблица 4.16

Динамика частотного распределения неспецифических соматовегетативных симптомов патологического влечения в процессе лечения тофизопамом (грандаксином)

Симптом	Этап лечения				
	До начала		На 10-й день		Ф
	Абс.	%	Абс.	%	
Дрожь в теле и руках	13	72,2	2	27,8	4,056***
Тяжесть в ногах	11	61,1	1	16,7	3,951***
Гипергидроз ладоней	16	88,9	3	16,7	4,555***
Головокружение	6	33,3	2	27,8	1,653*
Ухудшение самочувствия при перемене погоды	7	38,9	1	16,7	2,607***

Примечание. $^{*}p < 0{,}05$; $^{***}p < 0{,}001$ — значимые статистические различия.

Данные, представленные в таблице, свидетельствуют об уменьшении частоты регистрации неспецифических симптомов патологического влечения на фоне приема тофизопама (грандаксина), что отражает его эффективность при лечении подростков с сочетанной зависимостью от пива и каннабиноидов.

Представленные результаты использования грандаксина для лечения СПВ подтверждаются и данными метода оценки проявления вегетативной дисфункции с использованием опросника Вейна — вариант, заполняемый врачом (табл. 4.17).

Как видно, средняя величина балльной оценки до начала лечения составила 25,32±0,24 балла. На 10-й день лечения она снизилась до 14,11±0,35 балла.

Таблица 4.17

Динамика показателей проявления вегетативной дисфункции в процессе лечения тофизопамом (грандаксином)

Этап лечения		
До начала	**На 10-й день**	***P***
25,32 ± 0,24	14,11 ± 0,35	< 0,05

Таким образом, данные клинико-психопатологического обследования свидетельствуют об уменьшении частоты встречаемости жалоб, отражающих аффективные и соматовегетативные нарушения СПВ у подростков с сочетанной зависимостью от пива и каннабиноидов в процессе лечения тофизопамом (грандаксином). Это подтверждается данными вспомогательных методов обследования (опросник Спилбергера–Ханина, шкала депрессии В. Зунга, опросник Вейна).

Препарат тофизопам (грандаксин) представляет собой терапевтическую альтернативу бензодиазепиновым транквилизаторам в коррекции аффективных и соматовегетативных нарушений у подростков с сочетанной зависимостью от пива и каннабиноидов. Его использование целесообразно для применения в комплексной программе реабилитации для предотвращения обострения патологического влечения.

Проведение медикаментозного лечения необходимо комбинировать с психотерапевтическим воздействием. Психотерапевтической мишенью служит комплекс психопатологических феноменов зависимости от конопли и пива, включающий анозогнозию, нарушение внутрисемейных отношений, социальную дезадаптацию.

Меры немедикаментозного воздействия, рекомендуемые для подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, и членов их семей отражены в табл. 4.18.

Таблица 4.18

Немедикаментозные методы коррекции сочетанной зависимости

Мишень психотерапии	Вид психотерапевтического воздействия
Анозогнозия	Рациональная индивидуальная психотерапия
Социальная дезадаптация	Групповая психотерапия (в том числе ситуационно-психологический тренинг)
Нарушение внутрисемейных отношений	Семейная терапия (индивидуальное консультирование родителей, групповая психотерапия родителей)

Семейная психотерапия представляет собой непрерывный процесс, в котором условно выделяются четыре стадии: диагностическая (стадия «семейного диагноза»), ликвидация напряженных конфликтных отношений между родителями и подростком, реконструктивная, поддерживающая.

На первом этапе осуществляется диагностика семейных отношений, типов воспитания, выявление типа семейной дезорганизации. На первой и второй стадии предпочтение следует отдавать индивидуальным методам работы с подростками и членами их семей. На третьей стадии производится рационализация и интерпретация осознаваемых членами семьи конфликтных отношений. На реконструктивной стадии подросткам прививают позитивные навыки поведения и обучают родителей и подростков гармоничным отношениям между собой. В процессе семейной терапии рекомендуется использование методики конструктивного спора С. Кратохвила и метода вербальной дискуссии с целью формирования уважения к желаниям, эмоциям и чувствам собеседника.

4.3. ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ И ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИЙ — СУБЪЕКТОВ ПРОФИЛАКТИКИ

Описание клиники пивного алкоголизма, других форм зависимости, формирующихся на его основе, следует использовать при реализации психообразовательного подхода в работе с родителями и представителями организаций — субъектов профилактики (педагоги, сотрудники инспекций по делам несовершеннолетних, УФСКН, комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав). Это необходимо для предотвращения приобщения подростков к приему ПАВ (первичная профилактика), своевременного выявления подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, на разных этапах его формирования (вторичная профилактика), оказания реабилитационной помощи (третичная профилактика).

С целью совершенствования межведомственного взаимодействия нами разработаны программы обучающих семинаров для представите-

лей организаций — субъектов профилактики наркологической патологии несовершеннолетних (приложение). Их внедрение не только играет существенную роль в обеспечении межведомственного взаимодействия при осуществлении профилактических мероприятий, но и позволяет улучшить качество оказания медико-психосоциальной помощи детям и подросткам. Проведение обучающих семинаров в рамках реализации психообразовательного подхода осуществляют врачи психиатры-наркологи, а также специалисты, участвующие в оказании специализированной наркологической помощи — медицинские психологи, специалисты по социальной работе.

Циклы обучающих семинаров проводятся в организациях — субъектах профилактики наркологической патологии. Особое значение в профилактике отводится средним общеобразовательным школам, учреждениям среднего и высшего профессионального образования. Предложено использовать два цикла обучающих семинаров — для педагогических работников данных учреждений, а также для родителей учащихся. Среди семинаров первого цикла предусмотрено изучение клиники пивного алкоголизма, гашишной наркомании, сочетанной зависимости, а также изучение признаков патологического влечения к пиву и конопле. Сведения, полученные на этих занятиях, используются при рассмотрении темы «Раннее выявление потребителей ПАВ в образовательных учреждениях». В ходе семинара рассматриваются предложенные нами диагностические критерии (раздел 4.1), возможности использования иммунохроматографического метода. Изучаются технологии выявления потребителей пива и гашиша путем наблюдения и анализа поведения учащихся. Разнообразие симптомов патологического влечения, наличие ярких его поведенческих проявлений позволяют разработать презентации, использование которых способствует лучшему пониманию и фиксации в памяти изучаемого материала. Сведения об этих симптомах сопровождаются демонстрацией изображений предметов коллекционирования — а именно одежды, аксессуаров, учебных принадлежностей, фотографий, картинок с символикой конопли. Владение такой информацией способствует успешному выявлению среди учащихся потребителей ПАВ для последующего направления в специализированные наркологические учреждения. Цикл семинаров для педагогов завершают темы, касающиеся уровней профилактики алкоголизма, наркоманий у подростков, психолого-педагогической коррекции наркологической патологии у подростков. Столь обширная тематика семинаров позволяет не только осуществлять

раннее выявление потребителей ПАВ среди учащихся, но и обеспечить проведение адекватных мер по коррекции зависимого поведения.

В цикл обучающих семинаров для родителей включены темы, раскрывающие клинические особенности пивного алкоголизма, гашишной наркомании, сочетанной зависимости от пива и конопли у подростков, проявления патологического влечения к пиву и конопле. Это позволяет повысить осведомленность родителей в изучаемых вопросах, сформировать определенную внутрисемейную тактику по контролю над поведением детей, приобщающихся к потреблению пива и конопли. В ходе рассмотрения темы «Методы диагностики наркологической патологии у несовершеннолетних» описывается иммунохроматографический метод, позволяющий с высокой степенью достоверности установить факт употребления наркотиков. Подробно рассматриваются признаки патологического влечения, особенности его поведенческих, аффективных, идеаторных проявлений. Информация об этом позволяет родителям не только вовремя обратить внимание на признаки зависимости от ПАВ, но и контролировать эффективность проводимой терапии, оценивая степень выраженности симптомов патологического влечения.

Цикл обучающих семинаров для сотрудников правоохранительных органов, УФСКН включает темы, изучение которых направлено в том числе и на ознакомление с проявлениями пивного алкоголизма, гашишной наркомании, сочетанной зависимости от пива и конопли у подростков. Это обеспечивает своевременное направление подростков-правонарушителей на консультацию к психиатру-наркологу с диагностической целью.

Использование психоообразовательного подхода в работе с родителями и представителями организаций — субъектов профилактики обеспечивает их активное участие в решении проблемы, связанной с употреблением несовершеннолетними психоактивных веществ, представляющей угрозу здоровью населения и экономике России. Введение информации о клинике сочетанной зависимости, формирующейся у подростков, в программы подготовки специалистов, работающих с несовершеннолетними, способствует раннему выявлению потребителей пива и конопли, повышает эффективность терапии наркологической патологии. Использование психообразовательных программ в работе с родителями несовершеннолетних обеспечивает раннее выявление потребителей пива и конопли в семье, еще до момента попадания подростка в поле зрения правоохранительных органов и постановки его на профилактический учет в отделение полиции. Знание симптомов патологического влечения

дает возможность контролировать эффективность назначаемого лечения, вовремя обратиться за помощью к психиатру-наркологу с целью коррекции лечения в случаях обострения патологического влечения.

Комплекс симптомов социальной дезадаптации, формирование криминальной направленности личности при пивном алкоголизме, осложненном гашишной наркоманией, требует активизации профилактической работы, проводимой сотрудниками полиции. Для повышения эффективности профилактической работы инспекторов по делам несовершеннолетних целесообразно проведение мероприятий по повышению уровня их осведомленности в отношении медицинских, психологических и социальных аспектов формирования зависимости от ПАВ у подростков и методов ее коррекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многие вопросы, касающиеся диагностики и профилактики наркологической патологии у несовершеннолетних, требуют планомерного изучения. В настоящей работе представлены результаты исследования клинических проявлений пивного алкоголизма, послужившего своеобразным «трамплином» для формирования более тяжелых форм зависимости: пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией; алкоголизма, связанного с употреблением пива и крепких спиртных напитков.

Пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией, у подростков — заболевание, имеющее поэтапный характер развития, особенности проявлений, отражающих клинику и взаимовлияние сочетающихся форм зависимости от ПАВ. Клиническая структура пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией, у подростков складывается из синдромокомплекса наркоманической зависимости (синдромы измененной реактивности организма на действие пива и конопли, патологического влечения к пиву и конопле, абстинентного синдрома) и личностных изменений. В течении заболевания выделяют три этапа: зависимости от пива, пробного приема конопли, сочетанной зависимости от пива и конопли.

Клиника синдрома измененной реактивности организма у подростков с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, состоит из неспецифических и специфических симптомов, характеризующих изменение формы потребления, опьянения, толерантности, исчезновение защитных реакций. Динамику формы потребления алкоголя отражают симптомы избирательного отношения к пиву разных марок, предпочтительного употребления пива высокой крепости, эпизодического приема водки. На этапе пивного алкоголизма отмечается существенный рост толерантности к пиву. Опьянение при сочетанном употреблении пива и конопли характеризуется отсутствием свойственных для начальной стадии гашишного опьянения проявлений тревоги, страха, подозрительности, меньшей выраженностью аффективных нарушений; наличием психосенсорных расстройств; большей тяжестью постинтоксикационных состояний.

Клиническая картина синдрома патологического влечения представлена сочетанием поведенческих, идеаторных, аффективных, соматовегетативных, астенических и сенсорных симптомов, отражающих влечение к пиву и конопле. В его структуре при сочетанной зависи-

мости преобладают поведенческие симптомы, проявляющиеся рядом особенностей, отличающих их от таковых при изолированных пивном алкоголизме и гашишной наркомании. У подростков с сочетанной зависимостью уменьшается частота специфических идеаторных симптомов патологического влечения к пиву. Комплекс неспецифических аффективных симптомов патологического влечения характеризуется эксплозивной направленностью. Соматовегетативные, астенические и сенсорные симптомы у подростков с сочетанной зависимостью от ПАВ встречаются реже поведенческих, идеаторных и аффективных феноменов.

Абстинентный синдром при пивном алкоголизме, осложненном гашишной наркоманией, у подростков проявляется сочетанием психопатологических, соматовегетативных и неврологических нарушений. Среди психопатологических расстройств доминируют дистимические, дисфорические и эксплозивные симптомы, свидетельствующие об утяжелении в динамике клиники абстинентного синдрома. Наблюдаются астенические и апатические проявления, более свойственные абстинентному синдрому при гашишной наркомании.

Личностные изменения включают в себя: характерологические нарушения; неспецифические симптомы, отражающие отношение к болезни и лечению; специфические симптомы, характеризующие трансформацию интересов, связанные с ними расстройства социальной адаптации. Специфическим является сочетание акцентуаций неустойчивого, истероидного, эпилептоидного и лабильного типов. Отношение подростков к болезни и терапии выражается анозогнозией, уклонением от лечения. Симптомы специфической трансформации интересов, связанных с употреблением конопли, характеризуются направленностью личности к коллекционированию, поиску новой информации о конопле и своеобразным проведением досуга. Наблюдается нарастание социальной дезадаптации, которое проявляется в учебной деятельности, семейных отношениях, утрате увлечений.

Основные психопатологические механизмы формирования сочетания пивного алкоголизма и гашишной наркомании у подростков — создание одним заболеванием (пивной алкоголизм) условий для возникновения другого (гашишная наркомания), наложение внешне сходных расстройств с усилением их проявлений, взаимовлияние сосуществующих заболеваний.

Переход подростков, страдающих пивным алкоголизмом, на прием наряду с пивом крепкого алкоголя позволял им достигать более выра-

женного эйфорического эффекта и пролонгировать опьянение. Это способствовало быстрому прогрессированию алкогольной зависимости, на что указывало видоизменение клинических проявлений синдромов измененной реактивности и патологического влечения, абстинентного синдрома. Отмечались проявления когнитивных нарушений, усугублялись личностные нарушения и социальная дезадаптация.

Оптимизация специализированной наркологической помощи подросткам с пивным алкоголизмом, осложненным гашишной наркоманией, предусматривает использование предложенных указаний. Выделенные особенности клинических проявлений необходимо учитывать при диагностике указанной сочетанной патологии у подростков, изучении эффективности терапевтических мероприятий, а также для прогностической оценки течения заболевания. Медикаментозная коррекция должна включать воздействие на синдром патологического влечения к ПАВ и эмоционально-волевые нарушения в структуре изменений личности путем назначения психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, ноотропы). Психотерапевтическое воздействие направлено на преодоление анозогнозии, формирование мотивации на лечение, коррекцию расстройств социальной адаптации. С этой целью рекомендуется индивидуальная, групповая и семейная психотерапия. Полученные клинические данные следует использовать при реализации психообразовательного подхода в работе с родителями и представителями организаций — субъектов профилактики.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ И ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИЙ — СУБЪЕКТОВ ПРОФИЛАКТИКИ

Представлены циклы обучающих семинаров для подготовки представителей организаций — субъектов профилактики по вопросам профилактики и терапии наркологических расстройств.

Внедрение программ играет существенную роль в обеспечении внутриведомственного и межведомственного взаимодействия при осуществлении профилактических мероприятий.

Реализацию программы осуществляют врачи психиатры-наркологи.

Цель и задачи реализации программ

Цель: дать представление о месте, роли и значении профилактических мероприятий, направленных на предупреждение формирования зависимости от психоактивных веществ, выявлении и оказании помощи несовершеннолетним потребителям ПАВ.

Задачи:

- вовлечение в профилактическую антинаркотическую деятельность представителей организаций — субъектов профилактики;
- совершенствование системы раннего выявления и контроля лиц, приобщенных к употреблению наркотиков и наркозависимых на уровне организаций — субъектов профилактики;
- улучшение качества оказания медицинской помощи населению за счет раннего выявления потребителей психоактивных веществ и их направление для оказания специализированной наркологической помощи;

- совершенствование взаимодействия медицинских работников первичной медицинской сети с различными государственными, общественными, частными учреждениями и организациями, реализующими мероприятия первичной, вторичной, третичной профилактики употребления психоактивных веществ.

Критерии оценки эффективности программ:

- снижение численности среди подростков групп риска приобщения к потреблению ПАВ;
- снижение заболеваемости наркоманиями, токсикоманиями и алкоголизмом;
- уменьшение количества заболеваний, осложняющих течение наркологических заболеваний;
- снижение тяжести медико-социальных последствий злоупотребления ПАВ;
- снижение смертности вследствие осложнений, связанных с передозировкой психоактивных веществ.

Материально-техническое обеспечение программ: мультимедийный комплекс, мультимедийные наглядные материалы, наличие доступа к сети Интернет.

Разделы

Первый раздел содержит программы обучающих семинаров для медицинских работников первичной медицинской сети, участвующих в оказании медицинской помощи несовершеннолетним.

Второй раздел включает программы цикла обучающих семинаров для педагогов средних общеобразовательных школ, учреждений среднего профессионального образования, учреждений высшего профессионального образования, сотрудников комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Третий раздел объединяет программы цикла обучающих семинаров для инспекторов по делам несовершеннолетних, сотрудников УФСКН.

Четвертый раздел включает программы цикла обучающих семинаров для родителей учащихся средних общеобразовательных школ, учреждений начального и высшего профессионального образования.

Первый раздел

Программа подготовки медицинских работников первичной педиатрической медицинской сети по вопросам профилактики и терапии наркологических расстройств у несовершеннолетних

Программа подготовки включает 10 обучающих семинаров, продолжительность каждого семинара — 2 ч. Всего — 20 ч подготовки.

Темы обучающих семинаров

1. Статьи Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», касающиеся оказания помощи несовершеннолетним.
2. Факторы риска развития наркологических заболеваний у детей и подростков.
3. Аддиктивное поведение в подростковом возрасте.
4. Основные виды психоактивных веществ, диагностика острой интоксикации.
5. Клиника алкоголизма у подростков.
6. Клиника наркомании у подростков.
7. Диагностика наркоманий у подростков.
8. Клинические особенности зависимости от летучих растворителей у детей и подростков.
9. Клиника патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков.
10. Уровни профилактики алкоголизма, наркомании, токсикомании у подростков.

Семинар 1

Тема: «Правовые аспекты оказания специализированной наркологической помощи детям и подросткам».

Цель: ознакомление медицинских работников педиатрических учреждений с основными нормативно-правовыми документами, регламентирующими оказание наркологической помощи несовершеннолетним в Российской Федерации.

Программа

1. Статьи Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993), касающиеся оказания медицинской помощи несовершеннолетним.
2. Основные положения Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании №3185–1 (1992).
3. Закон РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» №120 (1999).

4. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (1998).

5. Порядок оказания наркологической помощи детям и подросткам в соответствии с приказом МЗ РФ №704.

6. Приказ «Об утверждении порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации» от 9 апреля 2010 г. №225 ан.

Семинар 2

Тема: «Факторы риска развития наркологических заболеваний у детей и подростков».

Цель: формирование представлений об основных факторах риска развития наркологических заболеваний у детей и подростков.

Программа

1. Классификация факторов риска наркологических заболеваний у детей и подростков.
2. Биологические факторы риска и их коррекция.
3. Психологические факторы риска и возможности их коррекции.
4. Акцентуация личности как индивидуально-психологический фактор развития наркологической патологии у подростков.
5. Социальные факторы риска.
6. Учреждения, оказывающие медицинскую, психологическую и социальную помощь детям и подросткам — потребителям ПАВ, а также членам их семей.

Семинар 3

Тема: «Аддиктивное поведение в подростковом возрасте».

Цели: повышение профессиональной компетентности медицинских работников, ознакомление с проявлениями аддиктивного поведения в подростковом возрасте, особенностями его диагностики и прогноза.

Программа

1. Определение понятия «аддиктивное поведение».
2. Критерии аддиктивного поведения.
3. Пути развития аддиктивного поведения (по А.Е. Личко).
   - 3.1. Полисубстантное аддиктивное поведение.
   - 3.2. Моносубстантное аддиктивное поведение.
4. Этапы формирования аддиктивного поведения у подростков.
   - 4.1. Этап первых проб.
   - 4.2. Этап поискового «полинаркотизма».
   - 4.3. Этап выбора предпочитаемого вещества.
   - 4.4. Этап групповой психической зависимости.

5. Особенности диагностики аддиктивного поведения у подростков.

6. Прогноз аддиктивного поведения у подростков.

Семинар 4

Тема: «Основные виды психоактивных веществ, диагностика острой интоксикации».

Цель: ознакомление с основными видами психоактивных веществ, особенностями их действия на организм подростков.

Программа

1. Содержание понятий «психоактивное вещество» (ПАВ), «наркотик», «психоактивное токсическое вещество».

2. Критерии принадлежности ПАВ к наркотикам: медицинский, юридический, социальный.

3. Основные проявления действия опиатов на организм, диагностика опийного опьянения.

4. Действие каннабиноидов на организм подростка, диагностика гашишного опьянения.

5. Основные виды психостимуляторов, диагностика интоксикации, вызванной психостимуляторами.

6. Действие кокаина на организм.

7. Основные способы диагностики употребления ПАВ.

Семинар 5

Тема: «Клиника алкоголизма у подростков».

Цель: ознакомление с клиническими проявлениями основных синдромов и симптомов алкоголизма у подростков.

Программа

Критерии зависимости от алкоголя в соответствии с МКБ-10.

1. Особенности формирования алкоголизма у подростков.

2. Основные синдромы алкоголизма у подростков.

2.1. Синдром измененной реактивности.

2.2. Синдром патологического влечения.

2.3. Синдром абстиненции.

2.4. Синдром изменений личности.

3. Клинико-динамические особенности формирования пивного алкоголизма у подростков.

4. Сочетанная наркологическая патология.

5. Прогноз алкоголизма у подростков.

Семинар 6

Тема: «Диагностика наркоманий у подростков».

Цель: формирование навыков диагностики наркоманий у подростков.

Программа

1. Определение понятия «наркомания».
2. Критерии зависимости от наркотиков в соответствии с МКБ-10.
3. Особенности формирования наркоманий у подростков.
4. Основные симптомы наркомании у подростков.
   4.1. Синдромокомплекс наркоманической зависимости.
      4.1.1. Синдром измененной реактивности.
      4.1.2. Синдром патологического влечения.
      4.1.3. Клиника абстинентного синдрома.
   4.2. Синдром изменений личности.
5. Прогноз наркоманий у подростков.

Семинар 7

Тема: «Клиника наркоманий у подростков».

Цель: ознакомление с особенностями клиники наркоманий у подростков.

Программа

1. Клинические особенности опийной наркомании у подростков.
2. Клиника гашишной наркомании у подростков.
3. Особенности зависимости вследствие употребления психостимуляторов.
4. Кокаиновая наркомания.
5. Полинаркомании у подростков.
6. Наркомании, осложненные алкоголизмом.
7. Наркомании, осложненные приемом токсических средств.

Семинар 8

Тема: «Клинические особенности зависимости от летучих растворителей у детей и подростков».

Цель: ознакомление с клиническими проявлениями зависимости от летучих растворителей у подростков, формирование навыков их диагностики.

Программа

1. Содержание понятия «токсикомания».
2. Основные виды психоактивных токсических веществ.
3. Особенности формирования зависимости от летучих растворителей у подростков.

4. Клиника зависимости от летучих растворителей у подростков.
   4.1. Синдром измененной реактивности.
   4.2. Синдром патологического влечения к приему летучих растворителей.
      4.2.1. Комплекс «оживления».
      4.2.2. Комплекс «раздражения».
      4.2.3. Комплекс «апатии».
   4.3. Резидуальные психические расстройства в результате употребления летучих растворителей.
      4.3.1. Расстройство личности и поведения.
      4.3.2. Расстройство личности и поведения. Функциональные когнитивные нарушения.
      4.3.3. Расстройство личности и поведения. Стойкие когнитивные нарушения.
      4.3.4. Деменция.
5. Прогноз токсикоманий у подростков.

Семинар 9

Тема: «Клиника патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков».

Цель: ознакомление с клиническими проявлениями основных компонентов патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков.

Программа

1. Структура синдрома патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам.
2. Основные проявления поведенческих нарушений.
3. Клиника идеаторных симптомов патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам.
4. Клиника аффективных компонентов патологического влечения.
5. Сенсорные, соматовегетативные, астенические компоненты патологического влечения.
6. Соотношение различных компонентов патологического влечения.
7. Признаки обострения патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам.
8. Особенности диагностики патологического влечения к ПАВ у подростков.

Семинар 10

Тема: «Уровни профилактики алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков».

Цель: ознакомление с особенностями профилактики аддиктивного поведения, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.

Программа

1. Определение понятия «профилактика».
2. Особенности профилактики наркологических заболеваний.
3. Уровни профилактики наркологических заболеваний.
   3.1. Первичная профилактика.
   3.2. Вторичная профилактика.
   3.3. Третичная профилактика.
4. Особенности первичной профилактики наркологических заболеваний у детей и подростков.
5. Мероприятия в рамках вторичной профилактики наркологических заболеваний у детей и подростков.
6. Третичная профилактика при алкоголизме и наркоманиях у подростков.
7. Основные направления участия медицинских работников педиатрических учреждений в профилактике наркологических заболеваний у подростков.

Второй раздел

Программы цикла обучающих семинаров для педагогов средних общеобразовательных школ, учреждений среднего и высшего профессионального образования, сотрудников комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав

Программа подготовки включает 8 обучающих семинаров, продолжительность каждого семинара — 2 ч. Всего — 16 ч подготовки.

Темы обучающих семинаров

1. Биопсихосоциодуховная модель развития зависимости от ПАВ у подростков.
2. Аддиктивное поведение в подростковом возрасте.
3. Клиника алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.
4. Патологическое влечение к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков.
5. Раннее выявление потребителей ПАВ в образовательных учреждениях.
6. Уровни профилактики алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.
7. Правовые аспекты оказания специализированной наркологической помощи несовершеннолетним.

8. Психолого-педагогическая коррекция аддиктивного поведения, алкоголизма, наркоманий у подростков.

Семинар 1

Тема: «Биопсихосоциодуховная модель развития зависимости от ПАВ у подростков».

Цель: изучение биологических, психологических, социальных, духовных предпосылок развития наркологической патологии у несовершеннолетних.

Программа

1. Классификация факторов риска наркологических заболеваний у детей и подростков.
2. Биологические факторы риска и их коррекция.
   2.1. Наследственная отягощенность.
   2.2. Раннее перинатальное поражение центральной нервной системы.
   2.3. Патология внутренних органов.
3. Психологические факторы риска и возможности их коррекции.
4. Социальные факторы риска.
5. Неблагоприятные стили семейных отношений, провоцирующие развитие зависимости от ПАВ.
6. Учреждения, оказывающие медицинскую, психологическую и социальную помощь детям и подросткам — потребителям ПАВ, а также членам их семей.

Семинар 2

Тема: «Аддиктивное поведение в подростковом возрасте».

Цели: повышение профессиональной компетентности педагогов в вопросах, касающихся формирования и особенностей аддиктивного поведения подростков, ознакомление с проявлениями аддиктивного поведения в подростковом возрасте, особенностями его диагностики и прогноза.

Программа

1. Определение понятия «аддиктивное поведение».
2. Критерии аддиктивного поведения.
3. Пути развития аддиктивного поведения (по А.Е. Личко).
   3.1. Полисубстантное аддиктивное поведение.
   3.2. Моносубстантное аддиктивное поведение.
4. Этапы формирования аддиктивного поведения у подростков.
   4.1. Этап первых проб.

4.2. Этап поискового «полинаркотизма».
4.3. Этап выбора предпочитаемого вещества.
4.4. Этап групповой психической зависимости.
5. Особенности диагностики аддиктивного поведения у подростков.
6. Прогноз аддиктивного поведения у подростков.

Семинар 3

Тема: «Клиника алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков».

Цель: ознакомление с клиническими проявлениями алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.

Программа

1. Особенности формирования алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.
2. Клиника алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.
   2.1. Синдромокомплекс наркоманической зависимости.
      2.1.1. Синдром измененной реактивности.
      2.1.2. Синдром патологического влечения.
      2.1.3. Синдром абстиненции.
   2.2. Синдром изменений личности.
      2.2.1. Снижение познавательной мотивации.
      2.2.2. Нарушение формирования волевых процессов.
      2.2.3. Нарастание социальной дезадаптации.
      2.2.4. Формирование криминальной направленности.
3. Клинические особенности пивного алкоголизма у подростков.
4. Сочетанная наркологическая патология у подростков.
5. Коморбидность алкоголизма, наркоманий, токсикоманий в подростковом возрасте.
6. Прогноз алкоголизма и наркоманий у подростков.

Семинар 4

Тема: «Патологическое влечение к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков».

Цели: ознакомление педагогов с клиническими проявлениями основных компонентов патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам, обучение навыкам диагностики симптомов патологического влечения.

Программа

1. Определение понятия «патологическое влечение».

2. Место патологического влечения к алкоголю (наркотикам, токсическим средствам) в клинической картине алкоголизма (наркоманий, токсикоманий).

3. Структура синдрома патологического влечения к алкоголю (наркотикам, токсическим средствам).

4. Основные проявления поведенческих нарушений.

5. Клиника идеаторных симптомов патологического влечения.

6. Клиника аффективных компонентов патологического влечения.

7. Сенсорные, соматовегетативные, астенические компоненты патологического влечения.

8. Признаки обострения патологического влечения к алкоголю и наркотикам.

Семинар 5

Тема: «Раннее выявление потребителей ПАВ в образовательных учреждениях».

Цели: ознакомление педагогов с основными методами раннего выявления потребителей ПАВ среди учащихся, обучение педагогов основным методам раннего выявления потребителей алкоголя и наркотиков среди учащихся.

Программа

1. Скрининговые методы выявления потребителей ПАВ.

2. Иммунохроматографический метод.

3. Выявление потребителей ПАВ путем наблюдения и анализа поведения учащихся.

4. Клинико-психопатологический метод.

5. Диагностика патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков в учебных заведениях.

5.1. Особенности выявления поведенческих симптомов.

5.2. Выявление аффективных симптомов.

5.3. Выявление идеаторных компонентов.

5.4. Выявление астенических, соматовегетативных, сенсорных симптомов.

6. Клинические симптомы алкогольного и наркотического опьянения.

6.1. Основные изменения психических и физиологических функций подростков при воздействии психоактивных веществ.

6.2. Клиника алкогольного опьянения.

6.3. Клинические особенности интоксикации различными наркотическими средствами.

Практическая часть. Анализ слайдов, отражающих использование различных методов выявления потребителей ПАВ среди учащихся.

Семинар 6

Тема: «Уровни профилактики алкоголизма, наркоманий, токсикомании у подростков».

Цели: ознакомление педагогов с особенностями профилактики аддиктивного поведения, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков, ознакомление с основными направлениями реализации профилактических мероприятий в учебных заведениях.

Программа

1. Определение понятия «профилактика».
2. Особенности профилактики в наркологии.
3. Принципы профилактической деятельности в образовательной среде.
4. Субъекты профилактики.
5. Уровни профилактики наркологических заболеваний.
6. Стратегии первичной профилактики в образовательных учреждениях.
7. Вторичная профилактика.
8. Третичная профилактика.
9. Особенности первичной профилактики наркологических заболеваний у детей и подростков.
10. Вторичная профилактика наркологических заболеваний у детей и подростков.
11. Третичная профилактика при алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях у подростков.
12. Основные направления осуществления профилактических мероприятий в учебных заведениях.
13. Межведомственное взаимодействие при осуществлении профилактических мероприятий.

Семинар 7

Тема: «Правовые аспекты оказания специализированной наркологической помощи детям и подросткам».

Цель: ознакомление педагогов с основными нормативно-правовыми документами, регламентирующими оказание наркологической помощи.

Программа

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993) при оказании медицинской помощи несовершеннолетним.

2. Основные положения Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании №3185–1 (1992).

3. Порядок оказания наркологической помощи детям и подросткам в соответствии с приказом МЗ РФ №704.

3.1. Профилактическое наблюдение.

3.2. Диспансерный учет.

4. Межведомственное взаимодействие в соответствии с Законом РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» №120 (1999).

4.1. Органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения.

4.2. Органы управления образованием.

4.3. Образовательные учреждения.

4.4. Подразделения по делам несовершеннолетних органов внутренних дел.

4.5. Органы и учреждения по делам молодежи.

4.6. Специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации.

4.7. Органы опеки и попечительства.

5. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (1998).

Семинар 8

Тема: «Психолого-педагогическая коррекция аддиктивного поведения, алкоголизма, наркомании у подростков».

Цель: ознакомление с основными направлениями психолого-педагогической коррекции наркологических заболеваний у подростков.

Программа

1. Понятия «психологическая профилактика», «психологическая коррекция», «индивидуальная программа психологической коррекции».

2. Виды психологической коррекции.

3. Особенности индивидуальной психологической коррекции.

4. Составление индивидуальной программы психологической коррекции аддиктивного поведения, компоненты программы.

5. Особенности осуществления групповых форм психологической коррекции аддиктивного поведения.

6. Индивидуальная и групповая психокоррекционная работа с родителями.

7. Критерии эффективности осуществления психолого-педагогической коррекции аддиктивного поведения, алкоголизма, наркоманий у несовершеннолетних.

Третий раздел

Программы цикла обучающих семинаров для инспекторов по делам несовершеннолетних, сотрудников УФСКН

Программа подготовки включает 6 обучающих семинаров, продолжительность каждого семинара — 2 ч. Всего — 12 ч подготовки.

Темы обучающих семинаров

1. Особенности развития психики в подростковом возрасте.
2. Девиантное поведение несовершеннолетних.
3. Биопсихосоциодуховная модель развития зависимости от ПАВ у подростков.
4. Клинические признаки зависимости от ПАВ у подростков.
5. Диагностика острой интоксикации психоактивными веществами.
6. Диагностика потребления психоактивных веществ подростками.

Семинар 1

Тема: «Особенности развития психики в подростковом возрасте».

Цели: сформировать представление об особенностях развития психики подростков, основных новообразованиях в структуре личности при переходе от детского возраста к подростковому; о подростковых реакциях в сферах увлечений, общения со сверстниками, отношений со взрослыми; повысить уровень информированности об особенностях организации межведомственного взаимодействия при оказании медицинской, психологической, социальной помощи подросткам.

Программа

1. Границы возрастного периода.
2. Развитие познавательной деятельности подростков.
3. Развитие личности в подростковом возрасте.
4. Формирование самосознания.
5. Компоненты Я-концепции: Я-реальное, Я-идеальное.
6. Подростковые реакции.

7. Организация межведомственного взаимодействия при оказании медицинской, психологической, социальной помощи подросткам с девиантным поведением.

Семинар 2

Тема: «Девиантное поведение несовершеннолетних».

Цель: ознакомление сотрудников полиции и УФСКН с основными факторами риска, обусловливающими проявления наркологических заболеваний у детей и подростков.

Программа

1. Определение понятия «девиантное поведение».
2. Критерии девиантного поведения.
3. Классификация девиантного поведения.
4. Аддиктивное поведение как один из вариантов девиантного поведения.
5. Пути развития аддиктивного поведения (по А.Е. Личко).
6. Этапы формирования аддиктивного поведения у подростков.
   6.1. Этап первых проб.
   6.2. Этап поискового «полинаркотизма».
   6.3. Этап выбора предпочитаемого вещества.
   6.4. Этап групповой психической зависимости.
7. Особенности диагностики девиантного поведения у несовершеннолетних.
8. Прогноз различных вариантов развития девиантного поведения у подростков.

Семинар 3

Тема: «Биопсихосоциодуховная модель развития зависимости от ПАВ у несовершеннолетних».

Цель: ознакомление сотрудников полиции и УФСКН с основными факторами риска развития наркологических заболеваний у несовершеннолетних.

Программа

1. Классификация факторов риска наркологических заболеваний у несовершеннолетних.
2. Биологические факторы риска и их коррекция.
   2.1. Наследственная отягощенность.
   2.2. Раннее перинатальное поражение центральной нервной системы.
   2.3. Патология внутренних органов.

3. Психологические факторы риска и возможности их коррекции.

4. Социальные факторы риска.

5. Неблагоприятные стили семейных отношений, провоцирующие развитие зависимости от ПАВ.

6. Учреждения, оказывающие медицинскую, психологическую и социальную помощь несовершеннолетним — потребителям ПАВ, а также членам их семей.

Семинар 4

Тема: «Клинические признаки зависимости от ПАВ у подростков».

Цель: ознакомление сотрудников полиции и УФСКН с основными факторами риска, обусловливающими проявления наркологических заболеваний у детей и подростков.

Программа

1. Классификация наркологических заболеваний у несовершеннолетних.

2. Особенности формирования алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.

3. Клиника алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.

3.1. Синдромокомплекс наркоманической зависимости.

3.2. Синдром изменений личности.

3.2.1. Снижение познавательной мотивации.

3.2.2. Нарушение формирования волевых процессов.

3.2.3. Нарастание социальной дезадаптации.

3.2.4. Формирование криминальной направленности.

4. Сочетанная наркологическая патология у подростков.

5. Прогноз алкоголизма и наркоманий у подростков.

Семинар 5

Тема: «Диагностика острой интоксикации психоактивными веществами».

Цель: ознакомление сотрудников полиции и УФСКН с основными возможностями диагностики интоксикации психоактивными веществами у детей и подростков.

Программа

1. Выявление потребителей ПАВ путем наблюдения и анализа поведения несовершеннолетних. Клинико-психопатологический метод.

2. Основные изменения психических и физиологических функций у подростков при воздействии психоактивных веществ.

3. Клинические симптомы алкогольного опьянения разной степени.

4. Диагностика алкогольной комы у несовершеннолетних. Первая доврачебная помощь при алкогольной коме.

5. Клиника острой интоксикации различными наркотическими средствами.

6. Признаки передозировки наркотиками. Первая доврачебная помощь при интоксикации наркотиками.

Практическая часть. Анализ слайдов, отражающих использование различных методов выявления потребителей ПАВ среди несовершеннолетних.

Семинар 6

Тема: «Диагностика потребления психоактивных веществ».

Цель: ознакомление сотрудников полиции и УФСКН с основными способами диагностики потребления психоактивных веществ у детей и подростков.

Программа

1. Скрининговые методы выявления потребителей ПАВ.

2. Иммунохроматографический метод.

3. Порядок медицинского освидетельствования несовершеннолетних с использованием тест-полосок.

4. Выявление хронической интоксикации ПАВ путем наблюдения и анализа поведения несовершеннолетних.

5. Признаки хронической интоксикации алкоголем у несовершеннолетних.

6. Признаки хронической интоксикации наркотическими средствами.

7. Нарушение психической деятельности на фоне хронической интоксикации алкоголем и наркотиками.

Раздел 4

Программы цикла обучающих семинаров для родителей учащихся средних общеобразовательных школ, учреждений среднего и высшего профессионального образования

Программа подготовки включает 8 обучающих семинаров, продолжительность каждого семинара — 2 ч. Всего — 16 ч подготовки.

Темы обучающих семинаров

1. Факторы риска развития наркологических заболеваний у детей и подростков.

2. Аддиктивное поведение как проявление отклоняющегося поведения в подростковом возрасте.

3. Классификация наркологических заболеваний у детей и подростков.

4. Клиника алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.

5. Патологическое влечение к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков.

6. Методы диагностики патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков.

7. Уровни профилактики наркологических заболеваний.

8. Особенности оказания специализированной наркологической помощи детям и подросткам.

Семинар 1

Тема: «Факторы риска развития наркологических заболеваний у детей и подростков».

Цель: ознакомление родителей с основными факторами риска, обусловливающими проявления наркологических заболеваний у детей и подростков.

Программа

1. Классификация факторов риска наркологических заболеваний у детей и подростков.

2. Биологические факторы риска и их коррекция.

3. Психологические факторы риска и возможности их коррекции.

4. Социальные факторы риска.

5. Неблагоприятные стили семейного воспитания как факторы формирования наркологической патологии у несовершеннолетних.

6. Учреждения, оказывающие медицинскую, психологическую и социальную помощь детям и подросткам — потребителям ПАВ, а также членам их семей.

Семинар 2

Тема: «Аддиктивное поведение как проявление отклоняющегося поведения в подростковом возрасте».

Цели: повышение компетентности родителей в вопросах, касающихся формирования аддиктивного поведения, ознакомление с симптомами аддиктивного поведения в подростковом возрасте, с особенностями его диагностики и прогноза.

Программа

1. Определение понятия «аддиктивное поведение», аддиктивное поведение как проявление девиантного поведения.

2. Критерии аддиктивного поведения.

3. Этапность формирования аддиктивного поведения.

4. Виды аддиктивного поведения по А.Е. Личко.

5. Этапы формирования аддиктивного поведения у подростков.

6. Основные особенности диагностики аддиктивного поведения у подростков.

7. Прогноз аддиктивного поведения у подростков, соотношение аддиктивного поведения с другими формами девиантного поведения.

Семинар 3

Тема: «Классификация наркологических заболеваний у детей и подростков».

Цель: ознакомление родителей с классификацией наркологических заболеваний у детей и подростков, с особенностями их диагностики.

Программа

1. Классификация психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ (в соответствии с МКБ-10).

2. Диагностические критерии употребления ПАВ с вредными последствиями.

3. Диагностические критерии алкоголизма у подростков. Особенности формирования пивного алкоголизма.

4. Диагностические критерии наркомании у подростков. Особенности развития опийной, гашишной наркомании, наркомании, вызванной употреблением стимуляторов.

5. Диагностические критерии токсикомании у подростков.

6. Сочетанные формы наркологических заболеваний.

7. Пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией, как вариант сочетанной наркологической патологии у подростков.

Семинар 4

Тема: «Клиника алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков».

Цель: ознакомление с клиническими проявлениями основных синдромов и симптомов алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.

Программа

1. Особенности наркологической патологии у подростков.

2. Основные синдромы алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.

2.1. Синдромокомплекс наркоманической зависимости.

2.1.1. Клиника синдрома измененной реактивности.

2.1.2. Клиника синдрома патологического влечения.

2.1.3. Симптомы абстиненции при алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях.

2.2. Клинические особенности синдрома изменений личности, зависимость от стадии заболевания.

3. Коморбидность алкоголизма, наркоманий, токсикоманий, их связь с другими психическими и поведенческими расстройствами.

4. Прогноз алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.

Семинар 5

Тема: «Клиника патологического влечения к алкоголю и наркотикам у подростков».

Цель: ознакомление с клиническими проявлениями основных компонентов патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков.

Программа

1. Определение понятия «патологическое влечение».

2. Структура синдрома патологического влечения к алкоголю и наркотикам у подростков.

3. Основные проявления поведенческих нарушений.

3.1. Изменение интересов.

3.2. Снижение познавательной мотивации.

3.3. Нарастание конфликтности в семейных отношениях.

4. Клиника идеаторных проявлений патологического влечения к алкоголю.

5. Особенности идеаторных проявлений патологического влечения к гашишу.

6. Клиника аффективных компонентов патологического влечения.

7. Сенсорные, соматовегетативные, астенические компоненты патологического влечения.

8. Соотношение различных компонентов патологического влечения.

9. Признаки обострения патологического влечения к алкоголю и наркотикам.

10. Патологическое влечение к алкоголю и наркотикам при сочетанной наркологической патологии.

11. Особенности диагностики патологического влечения к ПАВ у подростков.

Практическая часть. Анализ слайдов, отражающих различные симптомы патологического влечения.

Семинар 6

Тема: «Методы диагностики патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков».

Цели: ознакомление родителей с основными методами диагностики патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков, формирование у родителей навыков диагностики патологического влечения.

Программа

1. Клинико-психопатологический метод — основа диагностики патологического влечения к алкоголю, наркотикам, токсическим средствам у подростков.
2. Особенности выявления поведенческих компонентов.
   2.1. Анализ изменения внешности.
   2.2. Анализ изменения интересов.
   2.3. «Симптомы коллекционирования».
3. Беседа с подростком в процессе диагностики идеаторных симптомов патологического влечения («мифы» о легких наркотиках, о пользе пива).
4. Наблюдение в процессе диагностики аффективных нарушений (анализ мимики, жестикуляции, тона голоса подростка).
5. Особенности выявления сенсорных, соматовегетативных, астенических компонентов патологического влечения.

Практическая часть. Анализ слайдов, отражающих особенности диагностики симптомов патологического влечения.

Семинар 7

Тема: «Уровни профилактики алкоголизма и наркомании у подростков».

Цель: ознакомление родителей с особенностями профилактики аддиктивного поведения, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий у подростков.

Программа

1. Определение понятия «профилактика».
2. Особенности профилактики наркологических заболеваний у подростков.
3. Уровни профилактики наркологических заболеваний.
   3.1. Первичная профилактика.
   3.2. Вторичная профилактика.
   3.3. Третичная профилактика.

4. Особенности первичной профилактики наркологических заболеваний у детей и подростков.

5. Роль семьи в первичной профилактике.

6. Мероприятия в рамках вторичной профилактики наркологических заболеваний у детей и подростков.

7. Роль семьи во вторичной профилактике.

8. Третичная профилактика при алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях у подростков.

9. Роль семьи в третичной профилактике.

10. Учреждения, участвующие в реализации профилактики наркологических заболеваний у подростков.

11. Особенности межведомственного взаимодействия при организации профилактики.

Семинар 8

Тема: «Основные аспекты оказания специализированной наркологической помощи детям и подросткам».

Цель: ознакомление родителей с основными аспектами оказания специализированной наркологической помощи детям и подросткам.

Программа

1. Основные нормативно-правовые документы, регламентирующие оказание специализированной наркологической помощи детям и подросткам.

2. Принципы оказания наркологической помощи детям и подросткам.

3. Учреждения, оказывающие специализированную наркологическую помощь.

4. Порядок оказания наркологической помощи детям и подросткам.

5. Основные формы специализированной наркологической помощи.

5.1. Профилактическое наблюдение.

5.2. Диспансерный учет.

6. Компоненты индивидуальных программ реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Абшаихова У.А. Клинические и психосоциальные особенности формирования гашишной наркомании у подростков в республике Кыргызстан: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 1992. — 18 с.

Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии // В.Б. Альтшулер. — М., 1994. — 216 с.

Бабаян Э.А. Наркология / Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.

Бабюк И.А. Медико-социальная проблема злоупотребления пивом лицами молодого возраста (обзор литературы) / И.А. Бабюк, Н.В. Побережная, А.Е. Табачников // Науково-практичний журнал Архів психіатрії. — 2010. — №3 (62). — С. 53–57.

Базадзе М.А. Клинико-динамические особенности формирования пивных запоев / М.А. Базадзе, С.М. Лизунов, Е.Ю. Чуева // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября, 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 49–50.

Битенский В.С. Клинические и терапевтические аспекты наркоманий в подростковом возрасте: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М.,1991. — 36 с.

Битенский В.С. Наркомании у подростков / В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский, С.В. Дворяк, В.А. Глушков. — Киев: Здоровье, 1989. — 216 с.

Битенский В.С. Фармако- и психореабилитация подростков с девиантной и аддиктивной деятельностью // Неврологический вестник. — 1994. — Т. 26. — №3–4. — С. 31–34.

Благов Л.Н. О понятии коморбидности в клинической наркологии / Л.Н. Благов, Д.И. Кургак // Наркология. — 2006. — №5. — С 58–63.

Бохан Н.А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. — 2002. — №2. — С. 31–37.

Бохан Н.А. Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике / Н.А. Бохан, Т.В. Коробицина // Психические расстройства в общей медицине. — 2008. — №3. — С. 11–17.

Бохан Н.А. Коморбидность в наркологии / Н.А. Бохан, В.Я. Семке. — Томск: Изд-во Томского университета, 2009. — 510 с.

Бохан Н.А. Коморбидность в наркологии: актуальное состояние и перспективы изучения проблемы / Н.А. Бохан // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 1997. — №1–2. — С. 14–22.

Бохан Н.А. Коморбидность и проблема клинической гетерогенности аддиктивных состояний: патобиологические закономерности и возможности профилактики / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, Л.Г. Молькина // Вопросы наркологии Казахстана. — 2001. — Т. 1. №2. — С. 75–80.

Братусь Б.С. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма / Б.С. Братусь, П.И. Сидоров. — М.: Изд-во МГУ, 1984. — 146 с.

Буркин М.М. Исследование динамики аддиктивного поведения подростков в Республике Карелии / М.М. Буркин, С.В. Горанская // Материалы XV съезда психиатров. — М.: Медпрактика-М, 2010. — С. 240–241.

Буторина Н.Е. Многоосевая система классификации болезней и диагностика наркологических заболеваний у детей и подростков / Н.Е. Буторина, С.А. Макаров, Г.Г. Буторин // Вопросы наркологии. — 2002. — №2. — С. 38–42.

Буторина Н.Е. Принципы реабилитации детей и подростков с аддиктивными поведенческими расстройствами / Н.Е. Буторина, Г.Г. Буторин // Материалы Региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск 13–14 ноября, 2008 г.). — Изд-во ПИРС, 2008. — С. 10–27.

Валентик Ю.В. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Ю.В. Валентик, Н.В. Вострокнутов, А.А. Гериш // Социальная и клиническая психиатрия. — 2002. — №2. — С. 31–35.

Валентик Ю.В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Ю.В. Валентик, Н. А Сирота. — М.: Литера, 2002. — С. 256.

Валькова У.В. Распространенность употребления наркотиков в России в 2007 году среди учащихся 15–16 лет // Материалы Региональной научно-практической конференции с международным участием (Челябинск, 13–14 ноября, 2008 г.). — Изд-во ПИРС, 2008. — С. 50–51.

Винникова М.А. Клинико-диагностические критерии патологического влечения к наркотику / М.А. Винникова // Вопросы наркологии. — 2001. — №2. — С. 20–27.

Вострокнутов Н.В. Профилактическая и реабилитационная помощь детям и подросткам с зависимостью от психоактивных веществ / Н.В. Вострокнутов, Г.Н. Тростанецкая // Охрана психического здоровья детей и подростков: материалы IV конгресса педиатров России. — М., 1998. — С. 157–158.

Вышинский К.В. Изучение распространенности употребления психоактивных веществ среди молодежи в России и странах Европы //

Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 96–97.

Голышева В.А. Оценка аномальной психосоциальной ситуации, сопутствующей аддиктивному поведению подростков / В.А. Голышева, А.А. Андрусенко, И.А. Кузнецов // Материалы XV съезда психиатров России. — М.: Медпрактика-М, 2010. — С. 140.

Городнова М.Ю. Тренинг родителей подростков, страдающих героиновой наркоманией / М.Ю. Городнова, С.Б. Ваисов // Конгресс по детской психиатрии: материалы конгресса — М.: РОСИНЭКС, 2001. — С. 55–56.

Горьковая И.А. Клинико-психопатологическая характеристика раннего алкоголизма у делинквентных подростков // Социальная и клиническая психиатрия. — 1994. — №1. — С. 70–75.

Гришко А.Я. О наркомании среди подростков / А.Я. Гришко // Социологические исследования. 1999. — №2. — С. 100–102.

Грязнева И.А. Влияние уровня социально-психологической адаптации на отношение подростков к психоактивным веществам // Материалы XV съезда психиатров России. — М.: Медпрактика-М, 2010. — С. 246.

Гузиков Б.М. Выявление контингента подростков с риском злоупотребления наркотическими и другими веществами / Б.М. Гузиков, А.А. Вдовиченко, Н.Я. Иванов и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 1993. — №1. — С. 73–75.

Гузиков Б.М. Психический инфантилизм как фактор риска раннего употребления алкоголя у подростков женского пола / Б.М. Гузиков и др. // Вопросы наркологии. — 1991. — №2. — С. 21–25.

Гульдан В.В. Подросток-наркоман и его окружение / В.В. Гульдан, О.Л. Романова // Вопросы психологии. 1993. — №2. — С. 26–32.

Гульдан В.В. Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам / В.В. Гульдан, А. Корсун // Вопросы наркологии. — 1990. — №2. — С. 40–44.

Гулямов М.Г. Наркомания (клиника, диагностика, лечение, профилактика) / М.Г. Гулямов, А.В. Погосов. — Душанбе: Ирфон, 1987. — 112 с.

Гулямов М.Г. Ранний алкоголизм / М.Г. Гулямов, А.В. Погосов. — Душанбе: Ирфон, 1987. — 31 с.

Гусейнов Ф.С. Социально-психологические и клинические аспекты формирования влечения к алкоголю у подростков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1991. — 22 с.

Гурвич И.Н. Выводы и рекомендации для программ первичной профилактики. URL: http://www.narcom.ru/ideas/socio/36.html (дата обращения: 15.12.2010).

Гурвич И.Н. Молодежная наркотизация / И.Н. Гурвич, М.М. Русакова, А.А. Яковлева / Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. — СПб., 2001. — С. 32.

Гурвич И.Н. Уровень и модели употребления алкоголя подростками // Мир детства. — 2002. — №3. — С. 19–21.

Гуревич Г.Л. Коморбидные расстройства в наркологической практике. — М.: Медпрактика-М, 2007. — 120 с.

Гуртовенко В.М. Последствия злоупотребления алкоголем у подростков // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 232.

Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. — М.: Медицина, 1980. — 272 с.

Дмитриева Т.Б. Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде / Т.Б. Дмитриева, Н.В. Вострокнутов, Т.Н. Дудко, А.А. Гериш // Российский психиатрический журнал. — 2000. — №2. — С. 4–11.

Дмитриева Т.Б. Патоморфоз гашишной наркомании на фоне органического психического расстройства / Т.Б. Дмитриева, Т.В. Клименко, И.И. Дудин // Наркология. — 2008. — №6. — С. 33–38.

Дмитриева Т.Б. Реабилитационные мероприятия в наркологии, проводимые в амбулаторных условиях / Т.Б. Дмитриева, А.Л. Игонин, Т.В. Клименко // Наркология. — 2004. — №9. — С. 48–52.

Должанская Н.А. Роль семейного фактора в формировании здорового образа жизни подростков // Вопросы наркологии. — 2003. — №4. — С. 51–59.

Дорофеева Р.Д. Факторы риска формирования аддиктивного поведения у учащейся молодежи по данным анонимного анкетирования / Р.Д. Дорофеева, В.И. Долгова, В.Л. Юлдашев // Вопросы наркологии. — 2007. — №1. — С. 26–30.

Дудко Т.Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии // Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — №1. — С. 66–79.

Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2003. — 38 с.

Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // Вопросы наркологии. — 2008. — №3. — С. 80–92.

Дурандина А.И. Профилактическая и лечебная помощь больным гашишной наркоманией / А.И. Дурандина, Т.Н. Токсомбаев // Актуальные проблемы наркоманий: Сборник научных трудов кафедры психиатрии Киргизского гос. мед. ин-та. — Фрунзе, 1988. — Т. 169, вып. 10. — С. 3–14.

Дурандина А.И. Факторы, влияющие на формирование гашишной наркомании в пубертатном и подростково-юношеском возрасте / А.И. Дурандина, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Вопросы наркологии. — 1992. — №1 — С. 31–39.

Егоров А.Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2003 (3). — №1. — С. 10–16.

Егоров А.Ю. Возрастная наркология. — СПб.: Дидактика плюс; М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. — С. 272.

Егоров А.Ю. Особенности алкоголизма в пубертатном и постпубертатном возрасте (По материалам амбулаторного приема в наркологическом центре Санкт-Петербурга) // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса. — М.: РОСИНЭКС, 2001. — С. 57.

Егоров А.Ю. Особенности формирования алкоголизма у девушек-подростков // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. — Кострома, 2002. — С. 53–54.

Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм // Вопросы наркологии. — 2002. — №2. — С. 50–54.

Егоров А.Ю. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты / А.Ю. Егоров, С.А. Игумнов. — СПб.: Речь, 2005. — 436 с.

Елшанский С.П. Развитие рефлексии и внутреннего контроля по отношению к влечению к психоактивному веществу как психотерапевтический прием // Вопросы наркологии. — 2004. — №2. — С. 49–53.

Ерышев О.Ф. Нозологическая коморбидность в наркологической практике // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2007. — Вып. 1. — Алкоголизм. Приложение к журналу. — С. 21–26.

Иванец Н.Н. Актуальные проблемы алкоголизма / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — №3. — С. 99–105.

Иванец Н.Н. Курс лекций по клинической наркологии. — М.: Медицина, 1995. — 182 с.

Иванец Н.Н. Лечение алкоголизма, наркоманий, токсикоманий. — М.: Анархасис, 2000. — 57 с.

Иванова Т.В. Прогностическое значение личностных особенностей для профилактики рецидивов гашишизма у подростков // Саморазрушающее поведение у подростков: Сб. научных трудов. — Л.: Изд. Лен. психоневрол. НИИ им. В.М. Бехтерева, 1991. — Т. 128. — С. 87–92.

Иванова Т.В. Психологические методы прогноза при гашишизме у подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 1991. — №2. — С. 101–102.

Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. — Новосибирск: Наука, 1988. — 198 с.

Каплан Г.И. Клиническая психиатрия: в 2 т.: пер. с англ. / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок. — М.: Медицина, 1994. — Т. 1. — 672 с.

Киржанова В.В. Распространенность психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в РФ в 2002 г. // Вопросы наркологии. — 2003. — №3. — С. 47–58.

Кислицына О.А. Подростки и алкоголь: факторы риска // Вопросы наркологии. — 2009. — №2. — С. 66–76.

Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В.А. Гурьева, Т.Б. Дмитриева и др.; под ред. В.А. Гурьевой. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. — С. 488.

Ковалев А.А. Особенности формирования и клинические проявления пивного алкоголизма: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 23 с.

Ковалев А.А. Факторы риска, способствующие формированию пивного алкоголизма / А.А. Ковалев // Современные достижения наркологии: Сб. материалов конференции, посвященной 20-летию ННЦ наркологии Росздрава. — М., 2005. — С. 61.

Ковалев А.А. Клинические особенности форм злоупотребления алкоголем у больных пивным алкоголизмом / А.А. Ковалев // Наркология. — 2009. — №4. — С. 56–59.

Ковалев А.А. Особенности изменений личности у больных пивным алкоголизмом в зависимости от стадии заболевания и личностного

фактора / А.А. Ковалев // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 81–82.

Ковалев А.А. Особенности клинических проявлений пивного алкоголизма / А.А. Ковалев, Ю.В. Валентик // Сборник материалов XIV съезда психиатров России. — М., 2005. — С. 334.

Ковалев А.А. Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом // Наркология. — 2009. — №5. — С. 56–60.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, перераб. и доп. / В.В. Ковалев. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.

Козловский А.В. Оценка распространения употребления психоактивных веществ среди студенческой молодежи в республике Беларусь / А.В. Козловский, А.Г. Винницкая, В.В. Лелевич // Вопросы наркологии. — 2007. — №1. — С. 18–25.

Коломеец А.А. Клиника гашишно-опийной полинаркомании в подростково-юношеском возрасте. Алкоголизм и алкогольные токсикомании. — М.: МЗ РСФР, 1985. — С. 52–55.

Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: социально-психологические и психиатрические аспекты. — Минск: Беларусь, 1988. — 190 с.

Коновалов С.Г. Особенности употребления психоактивных веществ учащимися г. Москвы // Материалы XIII съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 247.

Константинова Н.Я. Распространенность употребления алкоголя среди подростков в России в 2007 г. // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 235.

Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Т.Н. Дудко, Н.В. Вострокнутов, А.А. Гериш и др.; под общ. рук. Г.Н. Тростанецкой. — М.: Нарконет, 2000. — 68 с.

Коткина Е.В. Возможность использования групповой психокоррекции для вторичной профилактики наркомании у старших подростков // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы: Материалы межрегиональной научно-практ. конф. — Кострома, 2002. — С. 37–38.

Кошкин А.В. Распространенность алкоголизма в России в 2008 г. // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии

с международным участием (24–27 ноября 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 237.

Кошкина Е.А. Динамика распространенности употребления алкоголя среди учащихся Москвы по результатам анонимного анкетирования (1999, 2003, 2007) // Вопросы наркологии. — 2009. — №2. — С. 85–94.

Кошкина Е.А. Наркологическая ситуация в России (по данным официальной медицинской статистики за 1996 г.) / Е.А. Кошкина, Г.А. Корчагина // Русский медицинский журнал. — 1998. — Т. 6. — №2. — С. 109–114.

Кошкина Е.А. Основные принципы организации наркологической помощи детям и подросткам // Вопросы наркологии. — 2005. — №4–5. — С. 12–19.

Кошкина Е.А. Основные тенденции заболеваемости наркологическими расстройствами среди подростков в России в 2004 году // XIV съезд психиатров России (15–18 ноября 2005 г., Москва). — М., 2005. — С. 351.

Кошкина Е.А. Основные тенденции учтенной заболеваемости наркологических расстройств в Российской Федерации в 2006 г. / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Вопросы наркологии. — 2007. — №6. — С. 54–61.

Кошкина Е.А. Особенности употребления алкоголя на современном этапе // Наркология. — 2007. — №1. — С 19–23.

Кошкина Е.А. Последствия потребления алкоголя для женщин, подростков, детей и семьи / Е.А. Кошкина // Алкоголь и здоровье населения России 1990–2000: Материалы Всероссийского форума по политике в области общественного здоровья «Алкоголь и здоровье», состоявшегося в 1996–1998 гг., и Всероссийской конференции «Алкоголь и здоровье» (17 декабря 1996 г., Москва) / Под ред. А.К. Демина. — 1998. — С. 233–248.

Кошкина Е.А. Проблема злоупотребления наркотиками в современной России // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 236.

Кошкина Е.А. Распространенность наркологических расстройств среди детей и подростков в 2003–2004 годах // Вопросы наркологии. — 2005. — №4–5. — С. 5–12.

Кошкина Е.А. Факторы, влияющие на потребление психоактивных веществ учащимися г. Москвы // Вопросы наркологии. — 1996. — №4. — С. 74–76.

Кошкина Е.А. Эпидемиология алкоголизма на современном этапе // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 3. — С. 89–91.

Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 15–31.

Кривенков А.Н. Методические подходы к проведению первичной профилактики употребления психоактивных веществ несовершеннолетними / А.Н. Кривенков, А.Л. Игонин // Российский психиатрический журнал: Научно-практический журнал. — 2001. — №4. — С. 48–51.

Кривенков А.Н. Сравнительная характеристика алкоголизма у лиц подросткового, юношеского и зрелого возраста (клиника, лечение и профилактика): Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Н. Кривенков. — М., 1985. — 23 с.

Кривулин Е.Н. Особенности формирования зависимости от психоактивных веществ в детско-подростковом возрасте / Е.Н. Кривулин и др. // Материалы конгресса по детской психиатрии. — М.: РОСИНЭКС, 2001. — С. 60–61.

Кулаков С.А. Психотерапия и психопрофилактика аддиктивного поведения у подростков: Практическое пособие / Науч. ред. Л.И. Вассерман. — М.: СПб.: Фолиум, 1996. — 48 с.

Кулаков С.А. Тренинг родительской компетентности как метод психотерапии родителей подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами // Практическая психология в школе (цели и средства): Сборник тезисов V ежегодной Всероссийской конференции. — М., 2000. — С. 111–113.

Кургак Д.И. Опиоидная наркомания, осложненная алкоголизмом (клиническая динамика, психопатология, терапия) / Д.И. Кургак, Л.Н. Благов, Н.А. Бохан. — Томск: Иван Федоров, 2007. — 166 с.

Курек Н.С. Гедонистическое мировоззрение в молодежной субкультуре как фактор, способствующий вовлечению в потребление психоактивных веществ // Вопросы наркологии. — 1996. — №2. — С. 54–59.

Курек Н.С. Медико-психологический подход к диагностике повышенного риска заболевания наркоманией у подростков и коррекции их эмоциональных нарушений // Вопросы наркологии. — 1993. — №1. — С. 66–71.

Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 448.

Леонтьева М.В. Особенности распространения употребления алкоголя подростками и молодежью в образовательной среде // Вопросы наркологии. — 2007. — №1. — С. 31–38.

Лисецкий К.С. Факторы риска алкоголизации и наркотизации школьников. Пути и методы предупреждения подростковой наркомании / К.С. Лисецкий, Н.Ю. Самыкина. — Самара: Сам ГУ, 1999. — С. 48–59.

Личко А.Е. Подростковая наркология: Руководство / А.Е. Личко, В.С. Битенский. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.

Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. — М.: ЭКСМО-Пресс. — 1999. — 416 с.

Лукачер Г.Я. Особенности формирования наркоманий и токсикоманий у подростков / Г.Я. Лукачер, Н.В. Макшанцева // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1988. — Вып. 9. — С. 114–118.

Мадиева М.С. Некоторые особенности психических расстройств при абстинентном синдроме у больных гашишной наркоманией // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М.: МЗ РСФСР, 1987. — С. 77–78.

Макеева А.Г. Первые пробы психоактивных веществ современными детьми и подростками // Вопросы наркологии. — 1999. — №2. — С. 65–70.

Матвеев В.Ф. Социально-психологические особенности подростков, склонных к злоупотреблению алкоголем / В.Ф. Матвеев, А.Г. Данилин, Е.Д. Дмитриева // Вопросы наркологии. — 1990. — №3. — С. 34–37.

Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии», посвященной 20-летию Национального центра наркологии Росздрава (21–25 ноября 2005 г.). — М., 2005. — С. 78–80.

Мельников В.Ф. Система предупреждения и раннего выявления немедицинского потребления психоактивных веществ // Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). — М.: МЕДпрессинформ, 2003. — С. 328.

Менделевич В.Д. Проблемы дифференцированного подхода к реабилитации наркозависимых / В.Д. Менделевич, Б.Д. Менделевич, Л.И. Галинский // Современные психосоциальные технологии: проблемы освоения и использования. Тезисы международной научно-практической конференции. — М.: Консорциум «Социальное здоровье России», 2001. — С. 20–21.

Милушева Г.А. О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами злоупотребления токсикоманическими веществами и алкоголем / Г.А. Милушева, Н.Г. Найденова // Вопросы наркологии. — 1992. — №3–4. — С. 138–143.

Минков Е.Г. О совокупности условий, необходимой и достаточной для формирования зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. — 2000. — №3. — С. 51–60.

Михайлов В.И. Формирование, клиника и лечение гашишной наркомании у подростков (клинико-катамнестическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1982. — 23 с.

Мохначев С.О. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов / С.О. Мохначев, М.А. Кинкулькина // Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 238–242.

Мусабекова Ж.К. Отношение к алкоголю среди учащихся старшего школьного возраста (14–18 лет) / Ж.К. Мусабекова, О.Г. Юсопов // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 248–249.

Надеждин А.В. Особенности клиники и терапии наркомании в детско-подростковом возрасте / А.В. Надеждин // Вопросы наркологии. — 2002. — №2. — С. 24–28.

Надеждин А.В. Преморбидные характеристики больных героиновой наркоманией подросткового возраста / А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова // Наркология. — 2002. — С. 35–40.

Найденова Н.Г. Лечение гашишной наркомании // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М.: МЗ РСФСР, 1986. — С. 160–163.

Найденова Н.Г. Терапия зависимостей у подростков // Вопросы наркологии. — 2005. — №4–5. — С. 30–37.

Незнанов Н.Г. Динамика состояния пожилых больных с коморбидными депрессивными и когнитивными нарушениями в процессе терапии / Н.Г. Незнанов, Л.С. Круглов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2008. — №3. — С. 19–21.

Никитин Ю.П. Новые подходы к ранней диагностике и профилактике потребления ПАВ подростками / Ю.П. Никитин, М.Г. Чухрова, О.А. Шамшикова // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии в XXI веке». — Новосибирск, 2008. — С. 26–27.

Новикова Г.А. Особенности пивной алкоголизации среди учащихся общеобразовательных школ // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. — Архангельск, 2007. — №1. — С. 113.

Нужный В.П. Пиво в Российской Федерации: новая реальность / В.П. Нужный, В.В. Рожанец // Наркология. — №3. — 2007. — С. 30–42.

Нужный В.П. Сравнительное исследование психофизиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка // Вопросы наркологии. — 2003. — №2. — С. 22–35.

Ойхер Д.Я. Подросток и пиво: чем раньше, тем хуже / Д.Я. Ойхер, Ю.Н. Ружников // Известия Уральского государственного университета. — 2005. — №37. — С. 107–110.

Онищенко Г.Г. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации / Г.Г. Онищенко, В.Ф. Егоров // Наркология. — 2002. — №1. — С. 4–8.

Опря В.Н. Клиника острого опьянения при курении гашиша (дикой конопли) / В.Н. Опря, Н.Н. Опря // Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины. — Кишинев, 1989.– С. 447.

Павловская Г.П. Пивной алкоголизм: дебют и исход / Г.П. Павловская, Ю.Н. Ружников // Известия Уральского государственного университета. — 2004. — Т. 32. — С. 157–160.

Паронян И.Д. Курение, потребление алкоголя и наркотиков школьниками, их родителями и педагогами в ряде городов России / И.Д. Паронян, Г.А. Корчагина // XIII съезд психиатров России (10–13 октября 2000 г., Москва). — М., 2000. — С. 259.

Пелипас В.Е. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков / В.Е. Пелипас, Л.Н. Рыбакова, М.Г. Цетлин // Вопросы наркологии. — 2001. — №2. — С. 47–58.

Пережогин Л.О. Тренинговая профилактика синдрома зависимости у детей и подростков // Психическое здоровье и социально-психологическая поддержка детей и подростков: состояние и перспективы: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. — Кострома, 2002. — С. 52–53.

Петракова Т.И. Предикторы риска аддиктивного поведения и профилактика наркологических заболеваний среди подростков // Вопросы наркологии. — 1995. — №2. — С. 79–82.

Пивень Б.Н. Смешанные формы психических заболеваний / Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева. — Новосибирск: «Наука», 2003. — 125 с.

Погосов А.В. Коморбидность психических и наркологических заболеваний (клинические и терапевтические аспекты). — Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2009. — 284 с.

Погосов А.В. Проблемы наркологии (лекционный курс). — Курск: КГМУ, 2005. — 216 с.

Погосов А.В., Аносова Е.В. Клинико-диагностические критерии патологического влечения к гашишу и алкоголю у подростков // Психическое здоровье. — 2010. — №8. — С. 35–39.

Погосов А.В., Аносова Е.В. Клинико-динамические особенности пивного алкоголизма, сочетающегося с гашишной наркоманией, у подростков // Архив психиатрии. — 2009. — №3 (58). — С. 54–59.

Погосов А.В., Аносова Е.В. Особенности сочетания пивного алкоголизма с гашишной наркоманией у подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2010. — Т. 110, №5. — С. 28–32.

Погосов А.В., Куракова М.Г. Результаты изучения факторов риска зависимости от психоактивных веществ методом анонимного анкетирования в образовательных учреждениях. Университетская наука: Взгляд в будущее // Материалы итоговой научной конференции посвященной 76-летию Курского государственного медицинского университета (2–3 февраля 2011 г.) / Под ред. В.А. Лазаренко, П.В. Калуцкого, А.И. Конопли: Т. III. — Курск: ГОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2011. — С. 40–45.

Погосов А.В., Филатова Т.А. Комплексный характер мероприятий профилактики зависимости от психоактивных средств. Университетская наука: взгляд в будущее: В 3 т. // Материалы итоговой научной конференции, посвященной 76-летию Курского государственного медицинского университета (2–3 февраля 2011 г.) / Под ред. В.А. Лазаренко, П.В. Калуцкого, А.И. Конопли. — Том III. — Курск: ГОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2011. — С. 50–54.

Профилактика наркомании у подростков: От теории к практике / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, И.И. Хажилина, Н.С. Видерман. — М.: Генезис, 2001. — С. 216.

Пшеничных И.В. Коморбидные аффективные и диссоциативные расстройства (клинические и терапевтические аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2006. — 24 с.

Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М.: Медицина, 1988. — 285 с.

Пятницкая И.Н. Клиника подросткового алкоголизма и ее социальные последствия // Проблемы подростково-юношеского и женского алкоголизма. — М.: МЗ РСФСР, 1984. — С. 93–96.

Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975. — 332 с.

Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 554 с.

Пятницкая И.Н. Подростковая наркология / И.Н. Пятницкая, Н.Г. Найденова. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.

Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTIKA. — М.: МедиаСфера, 2002. — 305 с.

Романова О.Л. Американская антинаркотическая программа взаимной помощи среди подростков / О.Л. Романова, Т.И. Петракова // Вопросы наркологии. — 1992. — №3–4. — С. 143–148.

Романова О.Л. Этиология зависимостей от психоактивных веществ у подростков и теоретические основы их первичной профилактики: обзор зарубежной литературы // Вопросы наркологии. — 1996. — №3. — С. 97–108.

Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. — М.: Литера, 2010. — 256 с.

Рохлина М.Л. Психические и поведенческие расстройства, связанные с сочетанным употреблением наркотиков и других психоактивных средств / М.Л. Рохлина, С.О. Мохначев // Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 320–324.

Руководство по реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Под ред. Ю.В. Валентика. — М.: Генжер, 2003. — 400 с.

Рыбакова Л.Н. О профилировании профилактических программ для несовершеннолетних // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 215–216.

Самошкин А.А. Технологии профилактики наркологических заболеваний / А.А. Самошкин, И.Б. Васильев // Вопросы наркологии. — 2001. — №2. — С. 41–46.

Сафонцева С.В. Профилактика зависимого поведения в учебных коллективах // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 217–218.

Семке В.Я. Психокоррекция аддиктивного поведения в современных условиях // Наркология. — 2004. — №1. — С. 52–55.

Сергеев А.Н. Рекомендации педагогам, родителям и сотрудникам правоохранительных органов о проведении профилактической работы по предупреждению распространения наркотиков и злоупотребления ими в молодежной и подростковой среде / А.Н. Сергеев, Б.П. Целинский. URL: http://www.narcom.ru/parents/agit/7.html. (дата обращения: 5.02.2011).

Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. — СПб.: ООО «Речь», 2002. — 350 с.

Сидоров П.И. Ранний алкоголизм / П.И. Сидоров, А.В. Митюхляев. — Архангельск: АГМА, 1999. — 306 с.

Сирота Н.А. Вопросы современной профилактики зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Вопросы наркологии. — 2008. — №3. — С. 93–104.

Сирота Н.А. Особенности психосоциальной адаптации как критерий ранней диагностики наркоманий в подростковом и юношеском возрасте // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании несовершеннолетних. — М.: МЗ РСФСР, 1987. — С. 120–124.

Собенников В.С. Соматизация и психосоматические расстройства / В.С. Собенников, Ф.И. Белялов. — Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. — 230 с.

Соборникова Е.А. Реабилитация подростков и лиц молодого возраста, злоупотребляющих психоактивными веществами, в условиях подросткового наркологического кабинета // Вопросы наркологии. — 2008. — №2. — С. 47–53.

Сыропятов О.Г. Диагностика и лечение наркотической зависимости при сочетанном употреблении каннабиноидов и опиатов: Методическое пособие / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, С.С. Яновский и др. — Симферополь: Н. Оріанда, 2010. — 48 с.

Стрелец Н.В. Клиника и лечение полинаркомании // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — 2-е изд. — М., 2000. — С. 271–282.

Федулов А.П. Изучение распространенности употребления алкоголя среди учащихся г. Москвы // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 258.

Филатова Т.А. Совместное участие специалистов медицинского, психологического и социального профиля в мероприятиях первичной профилактики зависимости от ПАВ в подростковой среде / Т.А. Филатова, М.Г. Куракова // Сборник материалов XV съезда психиатров России. — М., 2010. — С. 270.

Худяков А.В. Клинические и социально-психологические основы профилактики зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних. — 2-е изд., доп. — Иваново, 2008. — 252 с.

Худяков А.В. Распространенность аддиктивного поведения подростков и его социально-психологические основы // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией / Московский НИИ психиатрии. — М.; Орел, 1994. — С. 101–103.

Циркин С.Ю. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике). — ВОЗ, Россия, СПб.: Оверлайд, 1994. — 304 с.

Чередниченко Н.В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом / Н.В. Чередниченко, В.Б. Альтшулер // Вопросы наркологии. — 2008. — №2. — С. 74–77.

Чернобровкина Т.В. К вопросу о профилактике соматических осложнений при наркотизации у детей и подростков // Материалы XIII съезда психиатров России (10–13 октября 2000 г., Москва). — М., 2000. — С. 276.

Чернобровкина Т.В. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) / Т.В. Чернобровкина, А.Ф. Артемчук, И.К. Сосин // Наркология. — 2006. — №12. — С. 56–61.

Чернобровкина Т.В. Соматогенные формы постинтоксикационных нарушений у подростков, употребляющих алкоголь, наркотически действующие и токсические вещества / Т.В. Чернобровкина, М.В. Ибрагимова // Современная психиатрия и наркология: проблемы, вопросы, решения: Сборник научных трудов. — М.: Изд-во РГМУ, 1994. — С. 138–143.

Чирко В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 167 с.

Чуркин А.А. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов. — М.: МегаПро, 2010. — 132 с.

Чухрова М.А. Гашишная наркомания / М.А. Чухрова, О.В. Рыбалко. — М.: Анархасис, 2002. — 64 с.

Шабанов П.Д. Основы наркологии. — СПб.: Лань, 2002. — 560 с.

Шереги Ф.Э. Наркотизация в молодежной среде: структура, тенденции, профилактика / Ф.Э. Шереги, А.Л. Арефьев. — М.: ЦСП, 2003. — С. 2–7.

Энтин Г.М. Построение лечебно-реабилитационной программы для больных наркоманией подростково-юношеского возраста / Г.М. Энтин, Е.Г. Энтина // Материалы конгресса по детской психиатрии. — М.:РОСИНЭКС, 2001. — С. 72–73.

Юлдашев В.Л. Некоторые особенности приобщения к психоактивным веществам несовершеннолетних / В.Л. Юлдашев, И.Р. Байков, Г.В. Певцов // Материалы XIII съезда психиатров России (10–13 октября 2000 г., Москва). — М., 2000. — С. 280–281.

Юсопов О.Г. Отношение к алкоголю среди учащихся старшего школьного возраста (14–18 лет) / О.Г. Юсопов, Ж.К. Мусабекова // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием (24–27 ноября 2009 г., Москва). — М., 2009. — С. 263–264.

Ялтонский В.М. Исследование особенностей самооценки и условий ее формирования при аддиктивном поведении и гашишной наркомании у подростков / В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 1991. — №2. — С. 79–80.

Ялтонский В.М. Патохарактерологическое исследование подростков, злоупотребляющих гашишем, и больных гашишной наркоманией / В.М. Ялтонский, У.А. Абшаихова, Н.А. Сирота // Саморазрушающее поведение у подростков. Сборник научных трудов. — Л.: Изд. Лен. психоневрол. НИИ им. Бехтерева, 1991. — Т. 128. — С. 72–75.

Adriani W. Windows of vulnerability to psychopathology and therapeutic strategy in the adolescent rodent model / W. Adriani, G. Laviola // Behav. Pharmacol. — 2004. — Vol. 15. — №56. — P. 341–352.

Andersson S. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedisch conscripts / S. Andersson, A. Engstrom, P. Allebeck // Lancet. — 1987. — Vol. 2. — P. 1483–1486.

Alan J. Marijuana Abstinence Effects in Marijuana Smokers Maintained in Their Home Environment / J. Alan, R. John, A Brent // Archives of general psychiatry. — 2001. — №58. — P. 917–924.

Ariza-Cardenal C. Factors associated with problematic alcohol consumption in schoolchildren. / C. Ariza-Cardenal, M. Nebot-Adell // Journal Adolesc. Health. — 2000. — №27 (6). — P. 425–433.

Biederman J. Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted y parental substance use disorders / J. Biederman, S.V. Faraone, M.C. Monuteaux // Pediatrics. — 2000. — №106 (4). — P. 792–797.

Bovasso G.B. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms / G.B. Bovasso //Amer. Journal Psychiat. — 2001. — Vol. 158. — №12. — P. 2033–2037.

Botvin G.J. Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population / G.J. Botvin, K.W. Griffin, T. Diaz, L.M. Scheier // Addict. Behav. — 2000, Sep.–Oct. — №25 (5) — P. 769–774.

Botvin G.J. Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors // Addict. Behav. — 2000. — Nov.–Dec. — №25 (6). — P. 887–897.

Boyle M.H. Familial influences on substance use by adolescents and young adults / M.H. Boyle, M. Sanford, P. Szatmari // Can. Journal Public Health. — 2001, May–Jun. — №92 (3). — P. 206–209.

Boys A., Marsden J., Strang J. Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective // Health. Educ. Res. — 2001, Aug. — №16 (4). — P. 457–469.

Carvajal S.C. Psychosocial determinants of the of the onset and escalation of smoking: cross — sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples / S.C. Carvajal, D.E. Wiatrek, R.I. Evans et al. // Y. Adolescent Health. — 2000. — Vol. 27. — №4. — P. 255–265.

Chassin L. Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use a test of three mediating mechanism / L. Chassin D. Pillow, P. Currant // Journal Abnormal Psychology. — 2002. — Vol. 70. — P. 67–78.

Costa F.M. Transition into adolescent problem drinking: the role of psychosocial risk and protective factors / F.M. Costa, R. Jessor, M.S. Turbin // Journal Stud. Alcohol. — 1999, Jul. — N 60 (4) — P. 480–490.

Cottrell D. Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents / D. Cottrell, P. Boston // Journal Child Psychol. Psychiatry. — 2002. — Jul. — №43 (5). — P. 573–586.

Dakof G.A. Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment / G.A. Dakof, M. Tejeda, H.A. Liddle // Journal Am. Acad. Child. Adolesc. — Psychiatry. — 2001. — Mar. — №40 (3). — P. 274–281.

Epstein J.A. Linguistic acculturation associated with higher marijuana and polydrug use among Hispanic adolescents / J.A. Epstein, G.J. Botvin, T. Diaz // Subst. Use Misuse. — 2001. — Mar. — N 36 (4). — P. 477–499.

Friedman L.S. (Фридман Л.С.) Наркология: Пер. с англ. / L.S. Friedman, N.F. Fleming, D.H. Roberts et al. (Л.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг, Д.Г. Робертс и др.). — М.; СПб: Бином-Невский диалект, 1998. — 318 с.

Griffin K.W. Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: psychological well-being as a mediating factor / W. Griffin, L.M. Scheier, G.J. Botvin // Psychol. Addict. Behav. — 2001. — Sep. — №15 (3). — P. 194–203.

Guo J. Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood /J. Guo, L.M. Collins, K. Hill et al. // Journal Stud. Alcohol. — 2000, Nov. — N 61 (6). — P. 799–808.

Harford T.C. The impact of current residence and high school drinking on alcohol problems among college students / T.C. Harford, H. Wechsler, B.O. Muthen // Journal Stud Alcohol. — 2002. — May, 63 (3). — P. 271–279.

Henry K.L. The effect of active parental consent on the ability to generalize the results of an alcohol, tobacco, and other drug prevention trial to rural adolescents / K.L. Henry, E.A. Smith, A.M. Hopkins // Eval. Rev. — 2002, Dec. — №26 (6). — P. 645–655.

Hidalgo I. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain / I. Hidalgo, G. Garrido, M. Hernandez // Journal Adolesc. — Health. — 2000. — Nov. — N 27 (5) — P. 351–360.

Hill S.Y. Psychopathology and achievement in children at high risk for developing alcoholism / S.Y. Hill, J. Locke, L. Lowers // Journal American Acad. Child-Adolesc. — Psychiatry. — 1999, Jul. — N 38 (7). — P. 883–901.

Johnson S. Drinking styles and drug use in children of alcoholics, depressives and controls / S. Johnson, K.E. Leonard, T. Jakob // Journal Stud. Alcohol. — 1989. — Vol. 50. — №5. — P. 427–431.

Kaplan H.B. Deviant behavior in defence of self. — NY.: Academic Press, 1980. — P. 180.

Kertesz S.G. Substance abuse treatment and psychiatric comorbidity: do benefits spill over? Analysis of data from a prospective trial among cocaine dependent homeless persons / S.G. Kertesz, A. Madan, D. Wallace // Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. — 2006. — Vol. 1. — P. 27–34.

Klugman A. Chronic cognitive impairment in users of «ecstasy» and cannabis / A. Klugman, J. Gruzelier // World Psychiatry. — 2003. — Oct. — 2:3. — P. 184–190.

Kupennan S. Risk domains associated with an alcohol dependence diagnosis / S. Kupennan, S. Schlosser, J.R. Kramer et al. // Addiction. — 2001. — Vol. 96. — P. 629–636.

Kuperman S. Developmental Sequence From Disruptive Behavior Diagnosis to Adolescent Alcohol Dependence / S. Kuperman, S. Steven, R. John Kramer et al. // The American Journal of Psychiatry. — 2001. — Vol. 158. — P. 2022–2026.

Lynsky D.D. Youth Alternative Sentencing Program: a description and evaluation of an alcohol and marijuana intervention program / D.D. Lynsky,

B.S. Heischober, P.M. Johnston // Int. Journal Trauma Nurs. — 1999, Jan. –Mar. — №5 (1). — P. 10–16.

Mcculler W.J. Concurrent prediction of drug use among high-risk youth / W.J. Mcculler, S. Sussman, C.W. Dent // Addict. Behav. — 2001. — Jan. –Feb. — №26 (1). — P. 137–142.

McGee R. A longitudinal stady of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood / R. McGee, S.A. Williams // Addiction. — 2000. — Apr. — №95 (4). — P. 491–503.

Moon D.G. Family risk and resiliency factors, substance use, and the drug resistance process in adolescence. / D.G. Moon, K.M. Ackson, M.L. Hecht // Journal Drug. Educ. — 2000. — №30 (4). — P. 373–398.

Rachlinski J.J. The effects of smoked marijuana on interpersonal distances in small groups / J.J. Rachlinski, R.W. Foltin, M.W. Fishman // Drug and Alcohol Depend. — 1989. — №3. — P. 183–186.

Rosen C.S. Substance abuse — related mortality among middle-aged male psychiatric patients / C.S. Rosen, E. Kuhn, M.A. Greenbaum // Psychiatric Services. — 2008. — Vol. 59. — P. 290–296.

van der Vorst H. Parental attachment, parental control and early development of alcohol use: a longitudinal study / H. van der Vorst, R.C. Engels, W. Meeus et al. // Psych. Addictive Behaviors. — 2006. — Vol. 20. — P. 107–116.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Учебник

Психиатрия и наркология

832 с., 2012 г.

Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г.,
Чирко В.В., Кинкулькина М.А.

- Учебник подготовлен сотрудниками кафедры психиатрии и медицинской психологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. В него включены общие и частные вопросы психиатрии и наркологии.
- В соответствии с официальной программой по психиатрии и наркологии для медвузов в книге представлены общетеоретические основы этих дисциплин, современная информация по классификации, этиологии, диагностике, профилактике, лечению болезней зависимости, психических заболеваний и расстройств, а также вопросы организации психиатрической и медицинской помощи.
- Рекомендован студентам медицинских вузов, обучающимся по специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», «Медицинская биофизика», «Медицинская кибернетика».

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Руководство для врачей

Психиатрическая пропедевтика
5-е изд., перераб. и доп.

Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г.,
Чирко В.В., Кинкулькина М.А.

- В руководстве описаны такие основополагающие разделы психиатрической пропедевтики, как психиатрическая и феноменологическая диагностика, психическая и поведенческая норма, патология, девиации, методы исследования в психиатрии, психопатология. Кроме того, отражены этнокультуральные, этикодеонтологические и правовые аспекты современной психиатрии. В приложении приводятся задачи для программированного контроля знаний по общей психопатологии и правовым вопросам психиатрии, русско-английский диагностический разговорник, методика описания психического статуса пациента. Адресовано психиатрам, клиническим (медицинским) психологам, психотерапевтам, социальным работникам, юристам.
- Может быть использовано в учебном процессе студентами медицинских и психологических вузов, интернами, ординаторами и аспирантами, стажирующимися в области психиатрии.

576 с., 2012 г.

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Серия «Национальные руководства»

Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание

Под ред. Т.Б. Дмитриевой,
В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова,
В.Я. Семке, А.С. Тиганова

624 с., 2013 г.

- Издание представляет собой сокращенную версию книги «Психиатрия. Национальное руководство», вышедшей в 2009 г. под эгидой Российского общества психиатров и Ассоциации медицинских обществ по качеству.
- Данное руководство ставит своей целью отразить унифицированные методические рекомендации, основанные на коллективном опыте и учитывающие современные теоретические и практические подходы к диагностике и лечению психических заболеваний. Изложенные в издании сведения являются каждодневно необходимыми для широкого круга практических специалистов. Структура сокращенного варианта национального руководства представляет собой классический вариант изложения изданий по психиатрии и состоит из двух разделов: «Общая психиатрия» и «Частная психиатрия». Особое внимание уделено вопросам лечения психических расстройств как одному из самых важных и развивающихся аспектов психиатрии в настоящее время.
- Краткое издание адресовано специалистам (врачам-психиатрам, наркологам, медицинским психологам и др.), работающим в психиатрических учреждениях.

ГДЕ И КАК КУПИТЬ КНИГИ

Оптовые продажи

Продажи вузам, крупный опт

Т./ф.: (495) 921-39-07, (495) 662-91-32, 8 (916) 876-90-59. e-mail: iragor@geotar.ru

Прямые продажи

Т./ф.: (495) 228-09-74, 8 (915) 313-30-23, (495) 921-39-07

Продажи училищам и колледжам — доб. 207,
продажи библиотекам, бибколлекторам, НИИ — доб. 113,
продажи учебным центрам, ЛПУ и другим организациям — доб. 209

e-mail: bookpost@geotar.ru

Интернет-магазин: www.medknigaservis.ru

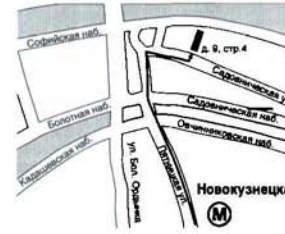
Фирменные магазины «МЕДБУК» (г. Москва)

м. «Фрунзенская»,
Комсомольский просп., д. 28
(Московский дворец молодежи,
вход со стороны Детского парка)
Тел.: **8 (916) 877-06-84,**
(499) 685-12-47

м. «Коньково»,
м. «Юго-Западная»,
ул. Островитянова, д. 1
(РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный
корпус, студенческий вход, налево)
Тел.: **(495) 434-55-29**

м. «Цветной бульвар»
ул. Самотечная, д. 1/15
Тел.: **(495) 608-66-97,**
8 (985) 387-14-57

м. «Новокузнецкая»
ул. Садовническая, д. 9, стр. 4
Тел.: **(495) 228-09-74,**
(495) 921-39-07 (доб. 139, 226)



Фирменный магазин «Медкнига» (г. Казань)

ул. Бутлерова, д. 31. Тел./факс: 8 (843) 238-8-239, 8-906-111-02-68, **e-mail: gafurova@mail.ru**

ПРИГЛАШЕНИЕ К СОТРУДНИЧЕСТВУ

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» приглашает к сотрудничеству авторов и редакторов медицинской литературы.

ИЗДАТЕЛЬСТВО СПЕЦИАЛИЗИРУЕТСЯ НА ВЫПУСКЕ
учебной литературы для вузов и колледжей, атласов, руководств для врачей, переводных изданий

По вопросам издания рукописей обращайтесь в отдел по работе с авторами.
Тел. (495) 921-39-07.

Научно-практическое издание

Погосов Альберт Вазгенович
Аносова Елена Васильевна

ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗМ У ПОДРОСТКОВ

Клиническая картина, трансформация в другие формы зависимости, профилактика

Зав. редакцией *А.В. Андреева*
Выпускающий редактор *И.Н. Самуйлова*
Корректоры *Л.В. Ким, Т.М. Рященцева*
Верстка *П.А. Чикин*

Подписано в печать 19.09.2013. Формат 60×90 $^{1}/_{16}$.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 15 усл. печ. л. Тираж 3000 (I завод — 500 экз.). Заказ № 6770

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
105066, Москва, ул. Новорязанская, д. 38, стр. 1, пом. 4
Тел.: 8 (495) 921-39-07.
E-mail: info@geotar.ru, http://www.geotar.ru.

Отпечатано в типографии «Буки Веди»,
127238, Москва, Ильменский пр-д., д. 1, корп. 6.

ISBN 978-5-9704-2754-5

56.14
П 436

А.В. Погосов, Е.В. Аносова

ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗМ У ПОДРОСТКОВ

Клиника, трансформация в другие формы зависимости, профилактика

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

В книге описаны результаты многолетнего клинико-психопатологического, экспериментально-психологического и статистического исследования 160 подростков мужского пола. Излагаются данные о клинико-синдромологической структуре и динамике формирования пивного алкоголизма у подростков, являющегося этапом развития других форм зависимости. Определен ряд симптомов, ранее не описанных в специальной литературе, отражающих проявления синдромокомплекса наркотической зависимости. Особое внимание уделено основным психопатологическим механизмам формирования у подростков сочетанной наркологической патологии (пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией). По-новому освещаются перспективы использования ряда лекарственных средств и некоторые организационные аспекты профилактики. Изложены образовательные программы для родителей и представителей организаций — субъектов профилактики, которые будут способствовать максимально ранней диагностике наркологической патологии у несовершеннолетних.

Издание адресовано врачам-психиатрам, психиатрам-наркологам, медицинским психологам, студентам медицинских вузов, факультетов психологии. Ряд положений будет полезен сотрудникам организаций — субъектов профилактики: педагогам, инспекторам по делам несовершеннолетних, представителям УФСКН, комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав.

ISBN 978-5-9704-2754-5

www.geotar.ru
www.medknigaservis.ru