

Министерство образования и науки Украины  
Открытый Международный университет  
развития человека "Украина"  
Херсонский филиал  
Кафедра социально-психологических технологий

КОНЬКОВ А.Н.

# ТОКСИКОМАНИИ (НАРКОМАНИИ)



Херсон – 2005

Коньков А.Н.

## ТОКСИКОМАНИИ (НАРКОМАНИИ)

(медицинский, социальный и юридический аспекты)



Херсон – 2005

*Добру и злу дано всегда сражаться.  
И в вечной битве зло сильнее тем,  
Что средства для добра не все годятся,  
Меж тем, как зло не брезгает ничем*  
(Мирза Шафи)

**Токсикомании (наркомании)** – это болезни, обусловленные злоупотреблением природными и синтетическими веществами, которые вызывают привыкание и болезненное пристрастие, вредные и опасные для больного и общества.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения «**наркомания является состоянием периодической или хронической интоксикации, вредной для человека и общества, вызванной употреблением наркотика (естественного или синтетического происхождения)**». Условия, при которых человека следует считать наркоманом:

- а) непреодолимое влечение к яду;
- б) нарастающая толерантность (привыкание), а значит увеличение доз;
- в) невозможность воздержаться, так как психически и физически человек настолько зависит от данного яда и его действия, что внезапное прекращение введения наркотика (абстиненция) вызывает физически тяжелое, а психически невыносимое состояние.

К токсикоманиям (наркоманиям) относятся алкоголизм и неалкогольные токсикомании.

Неалкогольные токсикомании возникают вследствие злоупотребления:

- а) наркотическими веществами, б) лекарственными средствами и в) токсическими химическими веществами (органическими растворителями, бензином, ацетоном и др.).

Токсикомании – проблема, которая интересует не только медиков, социологов и юристов, но и руководителей школ, различных производств, учителей, родителей, студентов, молодежь. Столь большой интерес обусловлен осознанием обществом ог-

Коньков А.Н.

К 64 Токсикомании (наркомании) / (Медицинский, социальный и юридический аспекты): Учебное пособие. - Херсон: Айлант, 2005, –36 с.

ISBN 966-630-038-4

Для студентов и преподавателей, интересующихся вопросами медицины, социологии и права.

ISBN 966-630-038-4

© Коньков А.Н., 2005

ромного социального ущерба, наносимого, распространением данного порока.

В настоящем пособии освещены вопросы распространённости токсикоманий, охарактеризованы виды потребляемых токсических веществ, клиника течения отравлений. Большое внимание уделено вопросам первичной вторичной и третичной профилактики, а также правовой (уголовной) ответственности за преступления, связанные с наркотиками. Показано значение ряда социальных факторов в формировании заболевания (токсикоманий).

\* \* \*

Химическое вещество может и должно быть признано наркотическим средством, если оно отвечает трем критериям - медицинскому, социальному и юридическому.

*Медицинский критерий* заключается в том, что соответствующее средство, вещество, лекарственная форма должны оказывать такое специфическое действие на ЦНС (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и др.), которое является причиной немедленного применения данного средства (вещества, лекарственной формы).

*Социальный критерий* заключается в том, что указанное немедицинское применение должно иметь масштабы, делающие его социально значимым.

*Юридический критерий* заключается в том, что, исходя из двух предыдущих критериев (предпосылок), соответствующая официальная инстанция (Министерство здравоохранения) признала это средство наркотическим и включила в список наркотических средств.

Все три критерия, таким образом, взаимосвязаны, и в правовом отношении средство признается наркотическим только при наличии этих трех критериев. Отсутствие хотя бы одного из них не даст основания признать лекарственное средство или химическое вещество (синтетического, животного или растительного происхождения) наркотическим, даже если это вещество

или лекарственное средство может явиться предметом злоупотребления и вызывать соответствующее болезненное состояние.

Диагноз «наркомания» устанавливается только в случаях развития достаточно специфического комплекса клинических признаков заболевания. Во врачебной практике диагностики наркомании обычно основываются на наличии критериев так называемого большого наркоманического синдрома. В него включают ряд симптомов и состояний, возникающих при употреблении наркотиков, и отражающих динамику развития наркоманической зависимости.

Одним из таких состояний является *психическая зависимость* - болезненное стремление принимать препарат с тем, чтобы испытать определенные ощущения или снять явления психического дискомфорта. Психическая зависимость возникает во всех случаях систематического употребления наркотиков.

Другим состоянием, включаемым в большой наркоманический синдром является *физическая зависимость*. Она заключается в непреодолимом влечении к приему соответствующего лекарственного средства, в потере контроля над дозой, физическом дискомфорте, испытываемом в состоянии интоксикации наркотиком. Главнейшее проявление физической зависимости - синдром лишения, абстинентный синдром.

Неотъемлемым составным элементом наркоманической зависимости является также синдром измененной реактивности, отражающий более глубокую перестройку организма при хронической интоксикации. Для него характерны изменения толерантности, т.е. способности переносить необычайно большие дозы наркотиков, (например, при морфинизме), снижение защитных реакций, изменение формы потребления (например, переход к парентеральному введению).

В своем развитии наркомания проходит следующие основные этапы:

1. Начальная эйфория, чаще носящая кратковременный характер. Она в большей мере характерна только для определенных веществ (особенно морфия и опия), а не для всех наркотиков или токсикоманических веществ. По мере прогрессирования

болезни острота эйфории снижается, в таком случае требуются или повышение дозировок, или учащение приемов.

2. Толерантность (способность переносить дозировки многократно превышающие физиологические). При одурманивании наркотиками проявляется форма постепенной толерантности к токсическому веществу, известная под названием *мигри-дантизм*. Две тысячи лет назад понтийский царь Митридат VI имел обыкновенные проглатывать дозы яда, которые он постепенно увеличивал, чтобы остаться в живых при любой попытке отравить его. В итоге подобных «тренировок» он дошел до того, что мог совершенно безболезненно принимать такое количество яда, которое для всякого другого оказалось бы смертельным. Так объясняется способность организма многих наркоманов переносить дозы наркотиков, способные убить сразу нескольких человек, если бы каждый из них одновременно принял даже часть этой порции. В основе толерантности лежит функциональная адаптация организма. Во многом ее развитие связано с работой печени, осуществляющей метаболизм и нейтрализацию наркотика.

3. Зависимость. На первых порах она носит психический характер, а в последующем, когда наркотик уже включился в обмен веществ и нормальное функционирование организма без него уже невозможно, эта зависимость приобретает физический характер. На высоте развития болезни (наркотизации) прием наркотиков большим осуществляется не столько из-за эйфории, сколько для выравнивания своего физического состояния при синдроме лишения наркотика.

4. Абстиненция (синдром отнятия) происходит обычно через 12-48 часов после прекращения принятия наркотика. Наркоман не может переносить это состояние, доставляющее физические и психические страдания. Проявлением абстиненции служат сильнейшие спазмы внутренних органов и мышц. Нарушаются функции желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Отмечается повышенная секреция желез, в частности, слюнных, что проявляется обильным слюнотечением. Выражены также и психические симптомы: бессонница, подав-

ленность разбитость, чувство тревоги и страха, приступы истерики, психомоторное возбуждение. Все помыслы человека в состоянии абстиненции направлены только на одно — во что бы то ни стало, любой ценой найти и ввести определенную дозу наркотика, быстро выравнивающего указанное состояние. Практика свидетельствует, что самостоятельно без помощи врача наркоман преодолеть абстиненцию не может.

Клиническое течение наркомании подразделяется на три стадии, в процессе формирования которых взаимосвязанные синдромы претерпевают известную динамику.

Клиническим выражением первой стадии наркомании является становление синдрома измененной реактивности организма на наркотики, которая проявляется возрастая толерантности. В этой стадии развивается психическая зависимость от наркотика с явлениями навязчивого влечения к повторному его приему для достижения «психического комфорта».

Вторая стадия заболевания возникает как результат непрекращающегося приема наркотика. Она характеризуется дальнейшим повышением толерантности к наркотику, снижением эйфорического эффекта и изменением картины наркотического опьянения при его приеме в прежних дозах. Важнейший диагностический критерий второй стадии — развитие абстинентного синдрома, возникающего спустя 8-12 часов после последнего приема наркотиков.

Третья стадия наркомании характеризуется дальнейшим развитием симптомов заболевания, истощением всех систем организма и углублением последствий хронической интоксикации наркотиками. Толерантность к наркотикам снижается. Абстинентный синдром становится более тяжелым. Купирование острых проявлений абстиненции приемом наркотика не приводит к полному восстановлению жизненного тонуса и работоспособности. Изменения в психической сфере больного в этой стадии заболевания характеризуются психопатизацией личности по истерическому, астеническому или эксплозивному типу.

При немедицинском потреблении наркотических препаратов и отсутствии указанных признаков, т.е. в тех случаях, ко-

гда болезнь еще не сформировалась, совершаемые действия следует оценивать как «злоупотребление наркотическими препаратами». За лицами, эпизодически злоупотребляющими наркотиками, должно быть установлено профилактическое наблюдение в течение трех лет. За это время необходимо решить вопрос о взятии больного на наркологический учет. Лица, употребляющие наркотические средства по медицинским показаниям — по назначению врача или при наличии определенного заболевания (онкологического) — не подлежат учету в наркологическом кабинете.

Итак, к наркомании следует относить употребление только тех наркотических веществ и препаратов, которые включены в список наркотических лекарственных форм, утвержденный соответствующими приказами министерства здравоохранения. Поэтому только указанные наркотические формы подпадают под действие статей Уголовного Кодекса, предусматривающих строжайшую уголовную, а также административную ответственность за противоправное производство, оборот или потребление наркотиков.

Однако, совершенствование мер по контролю и предупреждению немедийного употребления наркотических действующих средств, сдерживая рост заболеваемости наркоманий, не обеспечивает возможности появления новых форм заболеваний — токсикоманий.

**Токсикомания** есть злоупотребление теми веществами, которые не входят в список наркотиков. Это различные химические, биологические, лекарственные вещества, которые вызывают привыкание и зависимость (снотворные, стимуляторы, психотропные средства, растворители, вещества некоторых других групп). В большинстве случаев при токсикомании отмечаются те же явления наркоманической зависимости и проявлений измененной реактивности, как и при употреблении чисто наркотических средств, но степень выраженности их меньше, хотя в конечном итоге они приводят порой к не меньшим нарушениям психического и физического здоровья.

Если в целом наркомания — это удел молодых людей до 30 лет (на 80%), то еще в большей мере это относится к потреблению токсикоманических средств, круг которых расширяется с каждым годом.

Наркотики, вызывающие болезненное пристрастие и привыкание, весьма разнообразны по своему химическому строению и фармакологическому влиянию. По классификации Всемирной Организации Здравоохранения (1974 г.) выделяют восемь групп средств, вызывающих различные типы зависимости:

1. Вещества алкольно-барбитурового типа (этиловый спирт, барбитураты, хлорал-гидрат, хлордиазепоксид, диазепам, мепробамат, метаквалон и др.) — психическая и физическая зависимость,
2. Вещества типа амфетамина (амфетамин, метамфетамин, фенетразин и др.) — психическая зависимость.
3. Вещества типа кокаина (кокаин, листья коки и др.) — психическая зависимость.
4. Вещества типа каннабиса (препараты *Cannabis Sativa L.*, такие как марихуана (бханг, дагга, киф, маконха), ганжа и гашиш (чарас) — психическая зависимость.
5. Вещества галлюциногенного типа (лизергин или ЛСД, мескалин, псилоцибин и др.).
6. Вещества типа ката (препараты *Catha edulis forsk.*)
7. Вещества типа опиатов (морфин, героин, кодеин и синтетические аналоги морфина такие как метадон и петидин) — психическая и физическая зависимость.
8. Вещества типа органических растворителей (толуол, ацетон, тетрахлорметан) — психическая зависимость.

В практических целях удобно классифицировать вещества наркоманической и токсикоманической групп, основываясь на соответствующей каждому из этих веществ клинической формы заболевания:

1. Морфин и вещества с морфиноподобным действием. К этим веществам относятся препараты опия (естественный продукт) и его полусинтетические и синтетические аналоги (кодеин, героин, дионин, пантопон, промедол).

2. Кокаин.

3. Вещества, добываемые из индийской конопли. Используются смолистый сок цветущих верхушек (гашиш, анаша), пыльца («план», марихуана) и другие части этого растения.

4. Группа снотворных. Это в первую очередь производные барбитуровой кислоты. Может возникнуть болезненное пристрастие и к другим представителям снотворных (ноксирон, адалин, бромурал).

5. Стимуляторы ЦНС. Наиболее опасными из них являются так называемые «пробуждающие» амины. К стимуляторам относятся кофеин, эфедрин, эфедрон, а также допинги, применяемые в спорте.

6. Транквилизаторы. Препараты этой группы могут приводить к зависимости в случае длительного их приема, не сопровождающегося побочными явлениями.

7. Психотомиметические средства. Основной представитель этой группы препаратов – ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты). У лиц, принимающих этот препарат очень часто возникают лизергиновые психозы.

8. Органические растворители, средства бытовой химии.

9. Атропинсодержащие препараты – атропин и его аналоги (димедрол, астматол, белладонна и др.), корректоры, применяемые при психотропной терапии (циклодол, артан, ромпаркин и т.п.).

10. Ненаркотические анальгетики (аспирин, парацетамол, амидопирин, анальгин; различные комбинации типа верозона, пирáfена, цитрамона, новоцефальгина и пр.).

11. Никотин.

При каждой из указанных клинических форм отмечаются хроническая интоксикация с абстинентными проявлениями и другими факторами наркоманического синдрома, достаточно типичная клиническая картина (соматоневрологические и психические нарушения) и в ряде случаев возникновение на этой почве психозов. Кроме того, характерны выраженные *социальные последствия* (асоциальные и антисоциальные формы поведения, нарушение привычных семейных взаимоотношений, преступность и пр.).

В середине 80-х годов в США был получен и стал применяться наркотик, имеющий название «крэк». Он представляет собой особым образом приготовленный очищенный кокаин. Опыт свидетельствует об очень быстро и легко возникающей зависимости от этого наркотика.

В связи с особыми мерами контроля за хранением и применением использованием наркотических веществ для медицинских и научных целей медицинские препараты не занимают серьезного места среди различных видов наркоманий. Таким образом, к настоящему времени основной проблемой в группе наркоманий является злоупотребление не медицинскими препаратами, а кустарно приготовленными препаратами мака и конопли.

### ПРИЧИНЫ ТОКСИКОМАНИИ

Низкая духовная культура, обычаи нравы, отсутствие твердых жизненных установок у некоторой части молодежи приводят, в итоге, к отсутствию у нее «иммунитета» против безнравственных поступков, в том числе против потребления наркотиков.

Кроме того, одной из причин распространения наркоманий является наличие значительной сырьевой базы для наркотиков. Более 80% используемых в нашей стране наркотиков – это наркотики растительного происхождения.

По данным статистики Всемирной Организации Здравоохранения (1974), основными мотивами, лежащими в основе употребления наркотиков молодежью и, прежде всего, подростками являются следующие:

- а) удовлетворение любопытства относительно действия наркотического средства;
- б) испытание чувства принадлежности, с целью быть принятым определенной группой;
- в) выражение своей независимости, а иногда враждебного настроения по отношению к окружающим;
- г) познание приносящего удовольствие нового, волнующего или тающего опасность опыта;
- д) достижение чувства полного расслабления;

е) достижение «ясности мышления» или «творческого вдохновения»;

ж) уход от чего-то гнетущего;

з) непрочные и распавшиеся семьи;

и) доступность наркотиков;

к) обилие информации о действии наркотиков и источниках их приобретения.

Употреблению наркотиков способствует также и то, что молодые и, прежде всего подростки, — это возрастная группа лиц с еще не устоявшейся системой социальных связей (Ю.А.Строгонов, 1976).

Мальчики, как правило, получают наркотики от других ребят того же возраста, а девочки склонны получать их от знакомых — более старших по возрасту юношей.

Токсикомании (в том числе и наркомании) чаще развиваются у подростков с конституциональными аномалиями характера. Вместе с тем, каких-либо специфических черт психопатического склада личности, которые бы предрасполагали к формированию наркомании, у лиц употребляющих наркотики, обычно не отмечается. И все же, появление пристрастия к наркотикам чаще всего возникает у личностей незрелых, склонных к подражанию, лишенных каких-либо четких социальных установок. У них легко возникает разочарование, а также кратковременные, обычно ситуационно обусловленные периоды подавленности, способствующие формированию токсикоманий (Ю.А.Строгонов, 1976; А.Б.Смулевич, 1983).

Группа токсикоманов (наркоманов) может оказать помощь своему партнеру в случае неблагоприятной реакции на введение наркотика или при наступлении эмоционального кризиса. Однако, если член группы захочет отказаться от приема наркотика, то он не сможет сделать этого под давлением других членов группы или страха потерять контакт с ней.

Приобщение к наркотикам впервые происходит в среде своих сверстников или старших по возрасту, обычно в микрорайонах, дворах, подъездах, на чердаках, в подвалах и др. Наркоман со «стажем» или сбытчик зелья дает «попробовать» его

бесплатно, чтобы обеспечить себе клиентуру для продажи наркотиков. Дав два-три раза наркотик бесплатно, он в последующем начинает требовать за свое наркотическое зелье очень большую цену.

Вначале молодые люди по легкомыслию, а иногда из желания занять заметное место в компании, считают, что можно затануться дымком сигареты с «травкой» или «уколоться» и потом никогда этим не заниматься. Но это мнение ошибочно, поскольку началом личной трагедии в таких случаях может стать даже одна, выкуренная «из любопытства», сигарета с наркотиком. Уже после первого приема появляется тяга к повторному, а вскоре наступает психическая и физическая зависимость. Для этого требуется 2-3 недели. В итоге, по истечении весьма непродолжительного времени меры борьбы и, в частности, лечение наркомании могут оказаться неэффективными, и сформировавшийся наркоман не только начинает деградировать как личность, но становится *социально опасным* из-за своей готовности к тяжчайшим преступлениям.

В настоящее время с достоверностью установлено, что в большинстве случаев наркомания начинается с курения наркотиков и, в частности, гашиша. Некоторая часть наркоманов одновременно с гашишем употребляет и различные медикаментозные препараты (ноксирон, димедрол, седуксен). В дальнейшем большинство наркоманов переходит к употреблению препаратов опиоидной группы, не прекращая при этом употребления гашиша и медикаментов.

Употреблению наркотиков во многом способствует отсутствие определенных жизненных интересов у некоторой части современной молодежи, а также отсутствие достаточного психологического контакта родителей с детьми. В связи с этим и в силу отсутствия четких социально значимых интересов доминирующее влияние приобретает контакт молодых людей со своими сверстниками.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТОКСИКОМАНИИ (НАРКОМАНИИ)

Наиболее подробно описаны *морфинизм и опиийные наркомании* (А.С.Смулевич, 1983). Они могут служить эталоном характерного для наркоманий развития болезни и особенностей клинического состояния больных. Этот вид наркоманий вызывается опием, опиийными алкалоидами, их полусинтетическими и синтетическими аналогами.

Клиническая картина наркомании при злоупотреблении веществами этой группы во многом сходна. Анальгезирующее (обезболивающее) действие морфина, его производных и аналогов уже при однократном приеме сопровождается развитием болезненного пристрастия. После введения препаратов морфина возникают покраснение кожи, приятное чувство разливающегося по телу тепла, легкий зуд кожи. Появляющееся вслед за этим ощущение блаженного покоя сопровождается быстро меняющимися положительно окрашенными представлениями и резонными фантазиями.

Опий наркоманы принимают либо внутрь, либо путем курения; морфин, промедол, героин вводят подкожно или внутривенно. Наиболее частый повод для первых инъекций морфина — различные болевые ощущения.

Привыкание к морфину формируется сравнительно быстро — в течение нескольких недель. Затем постепенно развивается хроническая интоксикация (отравление). При постоянном употреблении морфина и других препаратов этой группы на первый план выступают характерологические, личностные изменения, ослабление побуждений и активности. Постепенно исчезает интерес к общественной жизни. Наркоманы становятся все более грубыми, эгоистичными, начинают пренебрегать своими обязанностями, они безразличны к бедственному положению, в которое попадают, часто по их вине, близкие люди. Вначале морфинист пытается скрыть свое пристрастие к наркотикам, обманывает родных и знакомых, ведет двойную жизнь. Затем употребление наркотиков становится открытым, причем наркоман начинает игнорировать все этические нормы и правила прили-

чия. При добывании наркотиков он не останавливается ни перед чем и часто преступает закон: фальсифицирует рецепты, совершает кражи. Жизнь наркоманов не имеет границ.

Перед введением наркотиков морфинисты обычно угнетены и раздражительны. Однако вскоре, после инъекции они преображаются: исчезает вялость, утомляемость, они становятся веселыми, говорливыми, деятельными; на первый план выступают эйфория, благодушие, склонность к мечтательности.

Общий вид наркоманов носит обычно отпечаток недостаточности питания (гипотрофия, дистрофия); кожа сухая, с землистым оттенком, лицо отдуловатое, вес тела снижен, зубы часто разрушены, отмечается выпадение волос. Особое внимание привлекают следы на теле от введения наркотиков: нагноения, рубцы, чаще всего в области левого предплечья.

Симптомы абстиненции при внезапном отнятии наркотиков (наркоманы называют этот период «ломкой») — надежный признак наркомании. Абстиненция возникает, если через 12-18 часов после последнего приема морфина его введение не повторяется. В этом случае у наркомана появляется зевота, кашель, слезливость, потливость. Затем возникают сердцебиение и одышка, озноб, расширяются зрачки, нарушается сон. Вид пищи становится наркоману неприятен (вызывает тошноту), аппетит утрачивается. Неприятен и запах табачного дыма, в связи с чем многие наркоманы бросают курить. Частыми признаками абстиненции являются различные неприятные ощущения в теле, головная боль, резкие боли в области желудка. Особенно характерны тягостные мышечные боли в конечностях. Иногда в состоянии абстиненции наркоманы жалуются на давление и лому в суставах. В период абстиненции наркоманы, как правило, отличаются повышенной раздражительностью, возбудимостью, гневливостью. Могут быть истерические реакции с демонстративными рыданиями и попытками к самоповреждению; в некоторых случаях возникают признаки раздражения и агрессивные реакции.

Дети наркоманов рождаются, как правило, слабоумными, с ярко выраженными симптомами врожденного приростия к наркотическим веществам.

**Лечение.** Попытки самостоятельного лечения практически всегда безрезультатны. Деморфинизацию осуществляют в специальном стационаре, где созданы необходимые условия для контроля за действиями и состоянием больных, а также исключается возможность передачи им наркотиков. После лечения в стационаре для профилактики рецидивов необходимо продолжительное (до 4-5 лет) амбулаторное наблюдение.

**Кокаиномания.** При однократном приеме кокаина наступает эйфория. Спустя 2-3 часа после введения этого наркотика появляются слабость и раздражительность, снижается настроение. Привыкание к кокаину наступает довольно быстро. Наркоманы вводят кокаин подкожно, внутривенно, но чаще вдыхают порошок. Деградация личности при кокаиновой наркомании еще глубже, чем при морфинизме. Лица, применяющие кокаин, выглядят старше своих лет, быстро дряхлеют, неряшливы. При длительном приеме кокаина развиваются бредовые идеи ревности и преследования, устрашающие зрительные галлюцинации (А.Б.Смулевич, 1983). Абстиненция при этом виде наркомании выражена нерезко.

**Лечение.** Отсутствие при кокаилизме выраженной абстиненции позволяет сразу же прекращать введение этого наркотика наркоману. Однако прогноз в отношении возможности стойкого улучшения у кокаиноманов хуже, чем у морфинистов.

**Гашишизмания.** Обычный способ применения — курение, но гашиш также жуют или приготавливают из него напитки. При однократном приеме гашиш вызывает чувство опьянения, сопровождающееся переходящей тревогой, быстро сменяющейся приливом сил, свободой в движениях, разнообразными расстройствами восприятия. Предметы воспринимаются контрастно, их окраска необычно яркая, звуки чрезмерно громкие. Течение мыслей по мере нарастания интоксикации ускоряется, теряется последовательность в действиях, решения принимаются с необычайной легкостью. На более поздних этапах опьянения

возможны выраженные нарушения мышления, дурашливость, смешиливость, затем наступает сон, продолжающийся несколько часов. Внешне отмечается блеск глаз, расширение зрачков, покраснение склер.

Гашиш гораздо реже, чем морфин, вызывает физическую зависимость. Перерыв в его приеме вызывает расстройство сна, повышенную возбудимость, отсутствие аппетита, потливость, зевоту, дрожание рук, подергивание во всем теле (А.Б.Смулевич, 1983). Хронический гашишизм развивается медленно. На первых этапах наркомании особая опасность состоит в том, что гашишизм нередко побуждает к приему более опасных наркотиков, например, морфина. Длительное употребление гашиша сопровождается заметными психическими изменениями. Нарастают общая слабость, вялость и пассивность, теряется интерес к окружающему.

**Лечение** гашишизма проводится в стационаре.

**Злоупотребление снотворными средствами.** Привыкание часто возникает к производным барбитуровой кислоты (барбитал, барбитал-натрий, фенобарбитал, этаминал-натрий и др.). Реже употребляют бромурал, адалин и ноксирон. Из перечисленных препаратов только ноксирон входит в официальный список наркотических лекарственных средств; злоупотребление же другими снотворными относится к токсикоманиям.

Злоупотребление снотворными часто наблюдается у алкоголиков, морфинистов и других наркоманов.

Особенно велика опасность привыкания к снотворным при затяжных невротических состояниях, когда снотворные используются в качестве успокаивающих средств. В ряде случаев большие принимают не одно, а несколько снотворных. Постепенно дозы снотворных, необходимых для достижения эффекта, возрастают, затем снотворные начинают принимать не только вечером при бессоннице, но и днем как успокаивающее средство. Нередко при этом обнаруживается, еще более способствующий развитию токсикомании эйфоризирующий эффект с ощущением внутреннего подъема, бодрости, безмятежности.

Динамика злоупотребления снотворными весьма сходна с динамикой других токсикоманий. Длительный прием барбитуратов приводит к интоксикации, которая проявляется эйфорией с расторможенностью, повышенной раздражительностью, рассеянностью, затруднением сосредоточенности внимания, расстройствами памяти (И.Н.Пятницкая, 1975).

Абстиненция при отнятии барбитуратов, особенно в случаях далеко зашедшей хронической интоксикации, протекает тяжело. Вслед за ощущением разбитости, повышенной утомляемости уже на 2-3 сутки возникает бессонница, тревога, мышечные подергивания; затем усиливается слабость, появляются боли в крупных суставах, в желудке, а также тошнота и рвота. Больной худеет. Возможна гневливость, раздражительность, истерические реакции и демонстративные попытки к самоубийству. На 4-5 день после прекращения приема снотворных могут возникнуть общие судорожные признаки.

**Лечение** токсикоманий, обусловленных злоупотреблением барбитуратами, проводится в стационаре.

**Злоупотребление, транквилизаторами, нейролептиками, антидепрессантами.** Привыкание к психотропным средствам: (аминазин, галомеридол, хлордиазепоксид, диазепам и др.) при злоупотреблении ими (лекомания) чаще всего возникает у психопатических личностей, при неврозах и др. Несмотря на отсутствие выраженных признаков психической зависимости, при длительном привычном употреблении указанных медикаментов постепенно нарастают психопатические изменения, характерные для токсикоманий. Появляются равнодушие к своим повседневным обязанностям, апатичность, несдержанность, раздражительность, склонность к резким переменам настроения. В отличие от обычной токсикомании при лекомании нет потребности в постоянном повышении доз.

**Лечение** проводится общеукрепляющими, сердечными средствами, витаминами.

#### **Злоупотребление стимуляторами.**

В отличие от других психотропных средств, стимуляторы (фенамин, первитин, перидол, центедрин, кофеин и др.) при зло-

употреблении могут вызывать отчетливую токсикоманию с физической зависимостью. Стимуляторы чаще всего принимают внутрь, гораздо реже — в виде подкожных инъекций. Получило распространение также употребление концентрированного отвара чая (чифиризм). После приема чифиры возникают приподнятое настроение и психотропное возбуждение, сменяющееся угнетенностью с вялостью, разбитостью и головными болями. Возникает необходимость в повторных приемах стимулятора, что и создает предпосылки для токсикомании.

Клиническая картина токсикомании, связанной со стимуляторами, во многом сходна с таковой при других токсикоманиях. Обнаруживаются признаки хронического отравления организма, ограничение круга интересов, социальная деградация (Г.В.Столяров, 1964).

При резком прекращении приема стимуляторов возникает абстиненция. Она может проявляться вялостью, сонливостью, иногда бессонницей, злобностью, агрессией.

Возможны попытки к самоубийству.

**Лечение** начинается с одномоментного прекращения введения стимуляторов.

**Токсикомании, обусловленные употреблением препаратов бытовой химии,** в отличие от традиционных наркотиков не дают «похмелья» и «ломок». Будучи довольно распространены среди подростков, данная разновидность токсикомании в короткий срок приводит к слабоумию, падению воли, отсутствию социальных интересов. Это обусловлено отрицательным действием химикатов на центральную нервную систему.

К примеру, вдыхание паров ацетона вызывает общую слабость, головокружение, шаткость походки, тошноту, рвоту. Возможно развитие депрессивных состояний с тревогой, тоскливостью, идеями самоубийства, могут появиться галлюцинации. При хроническом отравлении ацетоном наблюдаются органические изменения личности.

При остром отравлении бензином наблюдается эйфория или состояние повышенной утомляемости с головными болями, тош-

нотой, рвотой, возможны судороги, параличи. Тяжелые случаи могут закончиться смертью.

### ПРОФИЛАКТИКА ТОКСИКОМАНИЙ (НАРКОМАНИЙ)

Решающую роль в выявлении, учете и профилактике токсикоманий в Украине играет специализированная наркологическая служба, центрами которой являются наркологические диспансеры. Диспансер оказывает больным токсикоманиями специализированную помощь как в стационаре диспансера так и во внебольничных условиях. Минимальный срок стационарного лечения – 60 дней. Задачи внебольничной наркологической службы наряду с диспансерами решают также наркологические кабинеты и дневные стационары.

Принятие Единой конвенции 1961 года явилось важной этапной вехой в деятельности ООН в области международного контроля над наркотическими средствами. Большое число стран подписало и Венскую конвенцию 1971 года о психотропных веществах, принятую в связи с увеличением числа наркоманов, употребляющих психотропные средства.

Профилактика и борьба с наркоманиями требует постоянных координированных усилий психиатров, наркологов, врачей общей медицинской сети, работников МВД, педагогов, широкой общественности.

Замалчивание крайней опасности наркомании способствует притуплению социальной бдительности, ослаблению внимания к этим проблемам медицины, общественности, семьи, школы и, тем самым облегчает распространение этого порока. Несомненно, наркомания – это, в первую очередь, социальная проблема. Тем не менее, ряд авторов в качестве борьбы с наркоманиями предлагают различные воспитательные меры по отношению к подрастающему поколению.

Основными мерами профилактики, используемыми против распространения наркомании являются:

1. Оздоровление труда и быта, правильно организованный досуг, идеологическая подготовка подрастающего поколения.

2. Раннее и активное выявление лиц с девиациями поведения, антисоциальных групп детей и подростков, лиц вставших на путь злоупотребления наркотическими и токсикоманическими средствами.

3. Учет мотивов и факторов, способствующих возникновению и формированию наркомании.

4. Предупреждение или сокращение потребления наркотиков путем установления контроля и общественного порицания.

5. Обеспечение лечения больных наркоманией, реабилитация лиц, вставших на путь приема наркотиков.

6. Санитарно-гигиеническое просвещение.

7. Наказание лиц, употребляющих или способствующих распространению наркотических средств. Выявление очагов наркотизации, поскольку существует так называемая наркотическая «цепочка», когда один наркоман вовлекает в порочный круг несколько новых людей.

В профилировании токсикоманий (наркоманий) выделяют три вида профилактики (три ступени профилактики по терминологии Всемирной Организации Здравоохранения): первичная профилактика (превенция); вторичная – выявление начальных стадий, приостановление дальнейшего развития болезни, предупреждение и купирование рецидивов, борьба с хронической болезненностью процесса; третичная профилактика – восстановление социального статуса и трудоспособности больных.

Первичная профилактика, ставящая своей целью предупреждение развития заболевания, используется в равной степени как меры медицинского характера, ориентированные на организм как таковой, так и социальные и социально-гигиенические меры, направленные на оптимизацию экономических и социальных условий. К первичной профилактике можно отнести выявление лиц «с повышенным риском» заболеть или с инициальными признаками нарушений нервно-психического функционирования, стоящими на грани болезни, а также меры предупредительного лечения и коррекции.

Вторичная профилактика, опирающаяся преимущественно на специфическую медицинскую деятельность, включает раннее выявление нервно-психических больных и активное проведение всего комплекса диагностических и лечебных мероприятий.

Третичная профилактика основывается на рациональном сочетании лечебных и социально-реабилитационных мероприятий.

## ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТОКСИКОМАНИЙ (НАРКОМАНИЙ)

В нее включается четыре кардинальных направления:

1. *Широкая воспитательная работа.* Это повышение культурного уровня, организация разумного использования досуга населения, особенно молодежи, оптимизация труда, развития сети культурно-просветительных и спортивных учреждений, физкультурного движения.

Особое значение приобретают в этой работе деятельность средств массовой информации и роль общественного мнения.

2. *Санитарно-гигиеническое воспитание.* Это повышение санитарной грамотности и культуры населения, пропаганда здорового образа жизни и искоренение вредных для здоровья привычек. Центральное место в решении этих задач отводится антинаркотической пропаганде. Проведение данной работы возлагается на общество Красного Креста, печать, радио, телевидение.

3. *Общественные меры борьбы.* Здесь особенно велика роль профсоюзных организаций, товарищеских судов, общественных пунктов охраны общественного порядка. Одна из важнейших задач обществу – связь, преемственность с "наркологическими службами в выявлении «группы риска», в социально-реабилитационной помощи.

4. *Правовые средства борьбы.* В профилактике наркоманий немаловажное значение приобретает пропаганда нормативных актов, регламентирующих ответственность за наркоманию.

В Украине производство, торговля и распределение наркотических веществ сосредоточены в руках государства. Хране-

ние и отпуск наркотиков и других, сильно действующих медицинских препаратов производится по специальным правилам, включающим особый учет в аптеках и больницах, особую форму рецептов и пр.

Согласно Уголовного Кодекса (УК) Украины уголовная ответственность за все преступления, связанные с наркотиками, наступает с 16-летнего возраста (ст. 10 УК Украины).

Уголовное законодательство (ст. 229<sup>1</sup> УК Украины) устанавливает суровое наказание за незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозку, пересылку или сбыт наркотических средств или психотропных веществ. Здесь же предусмотрены уголовная ответственность за эти действия, совершенные повторно или по предварительному сговору, или личностью, которая ранее совершила одно из преступлений, предусмотренных статьями 229<sup>2</sup> – 229<sup>5</sup>, 229<sup>15</sup>, 229<sup>19</sup>, 229<sup>20</sup> УК Украины, или с привлечением несовершеннолетнего, а также за сбыт наркотических средств или психотропных веществ в местах, используемых для проведения учебных, спортивных и культурных мероприятий и в других местах массового пребывания граждан, или если предметом таких действий были наркотические средства или психотропные вещества в больших количествах или особо опасные наркотические средства или психотропные вещества.

Еще более строгая ответственность наступает, если действия, предусмотренные частями 1 или 2 этой статьи совершаются в виде промысла или организованной группой или особо опасным рецидивистом, а также в случае, если предметом этих действий были наркотические средства или психотропные вещества в особо крупных размерах.

Уголовно наказуемым является склонение к потреблению наркотиков, т.е. возбуждение желания прибегнуть к наркотику в любой форме его приема (ст. 229 УК Украины). Наказываются действия, связанные с незаконным посевом и выращиванием снотворного мака и конопли (различных ее разновидностей); организация или содержание дома для употребления с целью одурманивания лекарственных и иных средств, не относящихся к наркотическим или психотропным, а также представление по-

мещения для такой цели (ст.229<sup>11</sup> УК Украины); организация и содержание дома для потребления наркотических или психотропных средств (ст. 229<sup>4</sup> УК Украины).

По отношению к наркоманам возможно применение ст. 10 УК Украины. В статье говорится, что лица, совершившие преступления в возрасте от 14 до 16 лет подлежат криминальной ответственности, в частности, по ст. 229<sup>2</sup> «Кража наркотических средств или психотропных средств».

По отношению к наркоманам УК Украины предусматривает и гуманные меры. Так ст. 229<sup>10</sup> гласит, что лицо, добровольно сдавшее наркотические средства, психотропные вещества и указавшее источник их приобретения или способствовавшее раскрытию преступлений, связанных с их незаконным оборотом, освобождается от криминальной ответственности за незаконные их производство, изготовление, приобретение, сбережение, перевозку, пересылку. Согласно этой статье освобождается от криминальной ответственности за незаконные производство, изготовление, приобретение, перевозку, пересылку используемых наркотических средств или психотропных веществ лицо, добровольно обратившееся в медицинское учреждение и начавшее лечение от наркомании.

## ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТОКСИКОМАНИЙ (НАРКОМАНИЙ)

Вторичная профилактика осуществляется по следующим направлениям:

1. Раннее выявление и активное лечение.
2. Предотвращение срывов ремиссий и рецидивов, профилактика рецидивов, борьба с хронизацией болезни.

Практика показывает, однако, что выявление больных, страдающих токсикоманией (наркоманией) происходит пассивным путем - за счет самостоятельной обращаемости больных за наркологической помощью; как правило, это больные с уже запущенными стадиями болезни. Во многом такое положение обусловлено слабой наркологической осведомленностью врачей-интернистов и недостатком рекомендаций по методике выявления

ния впервые заболевших и лиц с «повышенным риском» возникновения болезни. Практически многие больные или лица в состоянии «предболезни» обращаются за врачебной помощью в поликлиники, здравпункты, дерматовенерологические, противотуберкулезные диспансеры, медико-санитарные части в связи с различными соматическими заболеваниями или в надежде получить наркотическое средство.

Основным звеном наркологической службы, осуществляющим мероприятия по вторичной профилактике, является наркологический диспансер. Роль важнейшего первичного звена специализированной наркологической помощи призваны выполнять наркологические кабинеты, опирающиеся в своей работе на фельдшерские наркологические посты. Работа наркологической службы строится по участковому принципу. В состав участковой бригады входят врач-нарколог, несколько фельдшеров-помощников нарколога и представители общественного наркологического поста, формируемого в основном за счет актива общества Красного Креста. Такая структура участкового звена даст возможность более активно выделять ранние стадии токсикоманий (наркоманий), обеспечивать весь курс комплексной терапии во внебольничных условиях, осуществлять повседневный контакт с общественными организациями и проводить совместные мероприятия.

Следует также помнить, что разрешение проблем восстановления психического и соматического здоровья токсикоманов (наркоманов) лишь с помощью психиатрической и наркологической служб невозможно. Особенности наркологической службы являются то, что вся ее работа строится на основе тесного взаимодействия лечебно-профилактических, наркологических, психиатрических учреждений с деятельностью других ведомств и общественных организаций. Расширение наркологической помощи населению должно осуществляться и на добровольных началах, и анонимно, и принудительно. При этом наиболее весомые положительные результаты достигаются на ранних стадиях болезни.

### ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТОКСИКОМАНИЙ (НАРКОМАНИЙ)

Третичная профилактика осуществляется силами, прежде всего, специализированной наркологической службы, органов МВД, социального обеспечения и др. Речь идет о социально-трудовой и медицинской реабилитации инвалидов. В реабилитации и реадaptации больных наркоманиями большое значение придается трудовой занятости и трудоустройству.

Анализ причин и рецидивов наркоманий и токсикоманий показывает, что часто они обусловлены не только возникшей психической зависимостью, но и оставшимися для больных неразрешенными психологическими и микросоциальными проблемами, отрицательным влиянием микрогруппы, вновь толкающей больного к злоупотреблению наркотиками. Большое значение в профилактической работе придается семье наркомана в организации досуга, в выявлении положительных интересов, а также осуществлении контроля. Необходимо помочь больному в создании взамен наркотика новой иерархии мотивов, в переклещении интересов, потребностей на новые объекты, не связанные с наркотиками: занятие коллективным садоводством, огородничеством, рыбалкой, различными ремеслами, туризм, коллекционирование и др.

На Западе в проведении работы по профилактике токсикоманий (наркоманий) большое значение придается «социальным», или «терапевтическим» клубам (иногда их называют «клубами бывших пациентов», «клубами анонимных наркоманов»), играющим значительную роль в реабилитации больных. Проводимую в них работу можно рассматривать как своеобразное сочетание психотерапии, лечение занятостью и развлечениями («поддерживающая» психотерапия). У нас эта форма лечебной и профилактической работы еще не получила своего развития.

В плане третичной профилактики следует отметить знание лечебно-трудовых профилакториев, где сосредоточиваются самые тяжелые контингенты больных. Принудительное лечение в них является гуманной мерой, направленной

ной на восстановление у больных здоровья, трудоспособности, семейных и социальных связей, на предупреждение преступлений и других антисоциальных поступков. При совершении того или иного правонарушения принудительное лечение больных наркоманиями осуществляется в местах лишения свободы. В плане третичной профилактики следует отметить и ограничение дееспособности, устанавливаемое над больными токсикоманиями (наркоманиями), ставящими свою семью в тяжелое материальное положение. Профилактика токсикоманий (наркоманий), таким образом, является частью общесоциальных задач психического оздоровления общества.

## Приложение 1

### ПРОФИЛАКТИКА ТОКСИКОМАНИЙ (НАРКОМАНИИ) (рекомендации для педагогов)

По мнению членов Комитета экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости, в социальных группах, где имеется большая вероятность употребления наркотиков молодежью, распространение информации о наркотиках следует включать в программу обучения в школе, до того как школьники достигнут подросткового возраста, и эту работу следует продолжать в течение всего периода обучения в школе. Такое обучение должно проводиться в небольших группах, чтобы учащиеся могли высказать свое отношение к употреблению наркотиков. В таких беседах учащиеся должны свободно высказывать свое мнение и обсуждать вопросы, касающиеся их взаимоотношений с другими людьми. Занятия должны проводиться таким образом, чтобы они способствовали развитию свободного мышления и интереса к жизни. Со временем участники должны тратить меньше времени на беседы о наркотиках и больше на обсуждение своих личных проблем и интересов общества.

Важно сообщать только точную информацию о вызывающих зависимость средствах, чтобы это не выглядело простым запугиванием. Учащимся следует давать не только факты и предоставлять им возможность делать свои собственные выводы, но и привлекать их к участию в групповых дискуссиях, где они могут обмениваться мнениями, где их идеи могут подвергаться критике и разъяснению.

Педагоги (учителя) должны хорошо знать, что такое токсикомания. К сожалению, во многих педагогических коллективах об этом знают понаслышке. Да и в семьях стараются скрывать пагубное пристрастие детей и подростков, опасаясь что их поставят на учет в милиции или в наркологическом диспансере. Таким родителям необходимо разъяснять, что лечение должно быть незамедлительным. В каждой школе должны быть разработаны меры по профилактике токсикоманий.

Необходимо препятствовать недостаточно осведомленным лицам распространять неточную и неправильную информацию о средствах, ведущих к развитию токсикоманий. Работники системы просвещения, служб социальной помощи, юристы и представители медицинской службы должны проводить работу с детьми, начиная с младшего школьного возраста.

### *Работа со школьниками младшего возраста (7-10 лет).*

Преподавателям следует учитывать подражательное поведение младших школьников. Задача заключается в том, чтобы воспитать отрицательное отношение к токсикомании и наркомании. Дети должны усвоить общее положение: токсикомании (наркомании) – это заболевания, вызываемые очень опасными ядами. Школьники должны понять также, что крайне вредно и опасно вдыхать запахи химических веществ и употреблять наркотики, что даже однократный контакт с этими ядами может привести к тяжёлым последствиям. Необходимо объяснить школьникам особый вред химических веществ и наркотиков для растущего организма, привести в качестве примеров случаи смертельных, отравлений.

### *Работа со школьниками среднего возраста (11-14 лет).*

У детей этого возраста происходит интенсивное развитие, активизируется гормональная деятельность. Наступает половая зрелость и, естественно, происходит перестройка психики. Появляются собственные взгляды и убеждения, повышается критическая оценка наставлений взрослых. Стремление быть взрослым проявляется в подражании их поведению, которое может быть не только общественно полезным, но и общественно отрицательным (курение, употребление алкогольных напитков и др.).

В этом возрасте формируется высокий уровень познавательной деятельности и поэтому важно закрепить у школьников среднего возраста правильное представление о токсикомании (наркомании).

Беседы с детьми этого возраста должны носить характер дискуссии. Необходимо выслушать их мнение, убедить в случае

неправильных суждений. Информация при этом должна быть квалифицированной.

### **Работа со школьниками старшего возраста и учащимися ПТУ.**

В возрасте 15-17 лет завершается формирование основных качеств и психологических черт личности. К этому времени молодые люди завершают среднее образование и, нередко, начинают трудовую деятельность. Воспитательная работа на данном этапе заключается в пропаганде здорового образа жизни, в разъяснении последствий вредного действия токсических веществ (наркотиков) не только на молодых людей, но и на потомство. Профилактическая работа среди учащихся старшего возраста является частью идейно-нравственного воспитания, содержание которого с возрастом расширяется и углубляется.

### **Работа с родителями.**

Эффективность борьбы с токсикоманиями (наркоманиями) зависит от совместных воспитательных усилий школы и семьи. Наиболее действенной формой работы с родителями являются общешкольные и классные собрания, а в ряде случаев — индивидуальная работа.

На классных собраниях родителям следует предлагать более полную и конкретную информацию о токсикоманиях. Индивидуальную работу следует проводить с родителями детей, имеющих вредные привычки.

Ученические, студенческие, педагогические коллективы, медицинские работники, правоохранительные органы — все вместе должны добиться того, чтобы вступающие в самостоятельную жизнь молодые люди вошли в нее полноценными и здоровыми гражданами.

## **Приложение 2.**

### **НАРКОМАНИЧЕСКИЙ ЖАРГОН, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ КОНТАКТОВ И ИМЕЮЩИЙ ИЗВЕСТНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПОВСЕДНЕВНОЙ РАБОТЕ ВРАЧЕЙ, РАБОТНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ**

*автомат, баян, машина* — шприц  
*аристократ* — наркоман, разбигающийся в законах  
*ботаник* — человек, выращивающий наркотическую траву  
*в жилу, в масть* — то, что хорошо наркоману, что ему подходит  
*все на взлетной полосе* — наркотические препараты, готовые к употреблению  
*встречная-поперечная* — когда по кругу, навстречу первой сигарете пускают вторую  
*волна, приход* — первая наиболее яркая фаза наркотического опьянения  
*волшебник, мусор, мент, цветной, легавый* — правоохранительные органы (милиционер)  
*волокуша (тихий покой)* — расслабление после эйфории  
*гонец* — посыльный за наркотиками  
*два по кушу* — плохо разбираться в наркотиках  
*двигать фуфло* — говорить неправду  
*двинуться* — принять наркотик  
*доктор* — продавец наркотика  
*домик* — стационар психиатрической больницы, наркологического диспансера  
*дышло* — вещество, пары которого вдыхаются с целью опьянения  
*заваруха* — конфликт между наркоманами  
*заряженный* — обкуренный на данный момент наркоман  
*заряженный кешер* — мешок, сумка, начиненная наркотиками

**заряженный плановой** — наркоман, имеющий при себе наркотический препарат  
**кайф, чейф, таска** — вторая, более длительная фаза опьянения, стадия успокоения, блаженного состояния  
**катать колеса** — принимать таблетки  
**квадрат, контора** — место встречи наркоманов  
**кент, кентяра, бродяга** — свой человек  
**колеса, сапоги, калики** — таблетированные лекарственные препараты  
**кружит** — что-то выгадывает  
**кукляк, замочил кукляк** — гематома на месте вливания или инъекции  
**куб** — 1 мл наркотического препарата  
**ломка, костоломка, хумер, кумар** — синдром лишения, абстиненция при лишении наркотика  
**мазевые калики** — хорошие таблетированные препараты  
**мойка** — лезвие для надрезания коробочек мака  
**моща кидать** — хвалить наркотик  
**наводить маkli** — выяснение, где можно приобрести наркотик  
**не в кепиш сказано; не в кипулю** — сказано не в обиду  
**не кропали, не жадничай**  
**нервин, шоколадный приход** — разновидности прихода  
**обезьяна** — человек, нерегулярно употребляющий наркотики  
**облом** — внезапная утрата кайфа, вызванная происходящими моментами  
**обрыв** — сознательное прерывание приема наркотиков с целью уменьшения их дозировки  
**отдуплетился; откинул хвостовик; крякнул; сыграл вжмурки; кинулся** — умер; погиб от отравления  
**отходняк** — фаза выхода из опьянения, обычно неприятная  
**пионеры** — начинающие наркоманы  
**плановые** — наркоманы  
**познал гусей; крыша поехала; крыша потекла** — наркоманический психоз  
**подлечиться** — уколоться, курнуть

**подмолодиться, догнать, принять вдогонку** — прием добавочной дозы наркотиков на высоте опьянения при утрате контроля за количеством принятого наркотика  
**подышать** — вдыхать пары одурманивающих веществ  
**поймать кайф; словить кайф; заторчать** — почувствовать желаемые признаки опьянения  
**поперся как танк; попер по земной; тащить оплет; центрово; крыша съехала** — ощущение наивысшего блаженства в состоянии опьянения  
**потолок** — высокая степень оценки (хорошо)  
**пошел паровозом, взял прикуп на себя** — взял вину на себя  
**развел стрелки** — уладил конфликт  
**развить дозу** — привыкание к большим дозам наркотика  
**раскумариться, закумариться** — принять наркотик с целью купирования состояния абстиненции  
**с ветерком** — быстрое введение наркотика внутривенным способом  
**своак** — привыкание  
**сел на иглу, плотно устроился** — стал наркоманом, применяющим уколы  
**спрыгнул с иглы** — прекратил употребление наркотиков внутривенным способом  
**стая, семья, маза** — объединение группы наркоманов  
**стекляшки, ампулушки** — ампулы с наркотиками  
**трасса** — след многочисленных уколов в вену  
**устроиться; сесть на иглу** — переход на парентеральный способ введения  
**фарцовщики** — поставщики наркотиков, спекулянты наркотиками  
**фуфляжник** — «плохой» человек, продающий плохой наркотик  
**ханка, наркота, зараза, торчок** — общее обозначение наркотиков  
**центрэк, оборотка, обратка** — вены, куда вводится наркотик  
**цыканул, сдал, спалил, раскололся** — дал показания

*ширево* — наркотики, употребляемые с помощью шприца  
*шаровой, ширакеш* — человек, употребляющий наркотики  
в виде уколов  
*шпильки* — иглы  
*яма* — место, где можно достать наркотики

## ОПИАТНАЯ ГРУППА

*белка, белянка* — морфий, омнопон, промедол  
*белый кайф* — кайф от морфия, героина  
*голубизна* — наркотики опийно-морфийной группы  
*детский морфий* — промедол  
*децел* — немного  
*децел марафета* — немного морфия  
*красный кайф* — кайф от кофеина  
*кукнар* — отвар из зрелой головки мака (сухой) без семян  
*лепешка* — опий, доза 1,5-2 г, размером с двухкопеечную монету, продается на бумаге, в целлофане  
*марфуша, марафет* — морфий  
*моргалики* — таблетки наркотика, обычно с кодеином  
*опиуха* — кустарный препарат опия  
*рубиновка* — высохший сок мака  
*соломка* — отвар из стеблей и листьев сухого мака  
*таня, черняшка, самоварка* — опий-сырец  
*терьяк* — опий  
*чек* — доза сухого морфия (обычно 100 мг), расфасованного в упаковку, как порошки в аптеке  
*ширя* — вываренный опий

## ГАШИШНАЯ ГРУППА

*атом* — анаша, самый высший сорт (выше пластилина)  
*дурь женатая* — анаша с табаком  
*забить косяк* — завернуть папиросу с анашой

*заторчать, вышмолить, сделать подкурку, пыхнуть* — покурить гашиш  
*косяк, костыль* — папироса с анашой  
*кропаль, большой кропаль, баш* — меры количества гашиша  
*масть* — сорт конопли  
*плановой* — человек, курящий только анашу  
*погибать* — хотеть наркотиков, скучать без них. Обычно это преувеличение ощущений у планокуров  
*пыхнуть косяк* — покурить папиросу с анашой  
*пятточок, пятточка, козья ножка* — окурок папиросы, начиненной анашой примерно на три затяжки  
*свинок* — ощущение голода при гашишном опьянении  
*сушняк, сушняк долбить* — ощущение жажды при гашишном опьянении  
*травка, божья травка, маруха, дурь, дран, пробивуха, зелье, пластилин, план, полово* — гашиш, анаша, марихуана  
*шала, дрянь, беспантовка* — недостаточно обработанные препараты конопли, не вызывающие должного эффекта  
*шугняк* — страхи, фобические реакции на выходе из состояния гашишного опьянения

## ДРУГИЕ ГРУППЫ

*джеф, марцефаль, мурицовка, мулька* — окисленный эфедрин или эфедрон как стимулирующее средство  
*дуразин, дурики* — аминазин, тизерцин (нейролептики)  
*кумар* — абстинентные проявления при чифиризме  
*нокс, президент* — ноксирон  
*нипа* — пипольфен  
*ролики, радик* — раведорм  
*рыжески* — таблетки от кашля, кодтерпин  
*снежок, кока, марафет* — кокаин  
*свенопас* — санопакс (т.к. при дозировке закладывает в носу)  
*тифа* — теофедрин  
*феники* — фенобарбитал  
*цикл, цикляшка* — циклодол

*чернота* – барбитураты

*чифир, купец, боярский, нифила* – конечный продукт варки чая (деление чая по крепости)

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. –Л.: Медицина, 1975. –333 с.
2. Смулевич А.Б. Неалкогольные токсикомании. В кн.: «Руководство по психиатрии» / под ред. проф. А.В.Снежевского, – т.2. – М.: Медицина, 1983. – С. 328-340.
3. Столяров Г.В. Лекарственные психозы и психотомиметические средства. – М.: Медицина, 1964. – 454 с.
4. Строгонов Ю.А. Особенности системы отношений у подростков с лекарственной зависимостью // Тр. Ленингр. Науч.-исслед. психоневрол. ин-та, 1976.-т. 77, –С. 96-98
5. Строгонов Ю.А. Формирование лекарственной зависимости у подростков при истерической и психастенической акцентуации характера // Пробл. медицины и психологии. – Л.: Науч.-иссл. психоневрол. ин-т. 1976. –С. 295-297.



Методическое издание

Коньков Аркадий Николаевич

ТОКСИКОМАНИИ (НАРКОМАНИИ)

(медицинский, социальный и юридический аспекты)

Учебное пособие

ISBN 966-630-038-4

Технический редактор – Дудченко С.Г.

Подписано к печати 23.12.02.5

Формат 60х84 1/16. Бумага офсетная. Печать ризография.  
Гарнитура литературная. Усл.печ.л.2,25. Тираж 300 экз.

Отпечатано в ООО «Айлант»  
73000, Украина, г.Херсон, пер.Пугачева 5/20.  
Тел.: 26-67-22.