

Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением кокаином, другими стимуляторами, галлюциногенами и летучими растворителями

ДМИТРИЕВА Т.Б.	д.м.н., профессор, академик РАМН, директор Государственного научного центра (ГНЦ) социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
ИГОНИН А.Л.	д.м.н., профессор, руководитель отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
КЛИМЕНКО Т.В.	д.м.н., профессор, руководитель отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
ПИЩИКОВА Л.Е.	к.м.н., с.н.с. отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
КУЛАГИНА Н.Е.	к.м.н., с.н.с. отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизме ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

В данной публикации дается описание психотических расстройств, которые возникают при злоупотреблении кокаином, другими стимуляторами, галлюциногенами и летучими растворителями. Эти вещества составляют вторую половину списка психоактивных веществ (ПАВ), приведенного в МКБ-10. Психотические расстройства, вызываемые веществами, которые входят в первую половину списка, рассмотрены в 10 и 12 номерах журнала "Наркология", 2002 г.

Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением кокаином

При злоупотреблении кокаином возникают психотические состояния, для которых характерны как транзиторные психотические вспышки в период острой интоксикации, так и довольно продолжительные психозы, которые, наоборот, развиваются после прекращения интенсивного употребления кокаина на фоне абстинентных расстройств.

Наблюдаются кокаиновые психозы в делириозной, онейроидной, галлюцинаторно-параноидной и параноидной формах.

Кокаиновый делирий развивается в течение 24 ч после приема препарата и характеризуется сенсорными нарушениями (тактильными, обонятельными галлюцинациями), расстройством мышления, дезориентировкой в окружающем, лабильным аффектом, возможным неистовым и агрессивным поведением. Характерны микро- и макропсихические галлюцинации, когда отдельные фигуры, образы и предметы окружающего мира представляются либо чрезвычайно маленькими, либо, наоборот, выросшими до колоссальных, сказочных размеров. Охваченный такими переживаниями, наркоман оказывается, подобно сказочному персонажу Гулливеру, то в мире лилипутов, то в стране великанов.

При *кокаиновом онейроиде* больной поглощен созерцанием развертывающихся перед его взором подвижных картин и сцен, при этом он остается пассивным, отключенным от всего происходящего. Психоз длится от нескольких часов до нескольких дней.

Галлюцинаторно-параноидный психоз начинается с симпатомиметических эффектов (расширение зрачков, головокружение, слабость, одышка, тахикардия, обморочные состояния). На этом фоне повышенное настроенное сменяется беспокойным, боязливо напряженным, появляется чувство страха. Возрастает интенсивность слуховых восприятий: слабые звуки превращаются в оглуши-

тельный шум, грохот. Все объекты внешнего мира на фоне доминирующего аффекта страха меняют свой облик. В таком состоянии больные убегают, прячутся, защищаются от преследователей. Длительность психотического состояния — 1,5—2 ч. С исчезновением обманов восприятия восстанавливается критика к перенесенному психозу. Дольше всего сохраняется аффект страха и ужаса от произошедшего.

При развитии *кокаинового бредового расстройства* вначале появляются подозрительность, тревожность, а затем образный бред преследования, вспыхивающий как "озарение". Все вокруг внушает больному подозрение, вначале он относится к происходящему с любопытством, затем — с озлобленностью и агрессией. Наряду с бредом преследования может развиваться бред ревности или величия. При этом сохраняется внешняя упорядоченность поведения. На окружающих такие лица не производят впечатления бредовых больных. Поэтому они способны индуцировать других, внушая им свои опасения.

Хотя аффективные расстройства в той или иной форме возникают при злоупотреблении практически всеми видами ПАВ, но клинически выраженные мании и депрессии характерны именно для лиц, злоупотребляющих кокаином. В структуре острой интоксикации в этих случаях больше проявляются мании, тогда как в структуре абстинентного синдрома — депрессии. При выраженном кокаиновом опьянении состояние можно оценивать как маниакальноподобное. Отмечаются грубая переоценка своих возможностей, грандиозность планов, импульсивность, безответственность, "швыряние" деньгами, гиперсексуальность, выраженное психомоторное возбуждение. В таком состоянии больные могут совершать различные криминальные действия. При употреблении слишком больших доз препарата эйфория может сочетаться с тревогой и раздражительностью, а также со страхом неминуемой смерти от приема наркотика, что напоминает картину панических атак.

Синдром отмены при кокаинизме клинически проявляется депрессией, беспокойством, раздражительностью, бессонницей, суицидальными тенденциями. На этом фоне в первые сутки после последнего употребления кокаина может развиваться делириозное помрачение сознания с обильными зрительными, слуховыми и тактильными галлюцинациями. Утрачивается ориентировка в окружающем, больные слышат голоса императивного характера, высказывают отрывочные бредовые идеи преследования и физического воздействия. Они чувствуют, как по их телу ползает множество жуков, гусениц, мышей и других мелких насекомых или животных, пытаются стряхнуть их. Защищаясь от мнимых преследователей, больные становятся крайне агрессивными. Постоянно присутствует аффект страха, достигающий степени ужаса, усиливается острота восприятия. Так, больной видит малейшие детали отдаленных предметов, которые кажутся более интенсивно окрашенными, чем на самом деле. Длительность абстинентного психоза — от 3—4 до 10—15 дней. Наблюдается амнезия на произошедшие события. По выходе из психоза у части больных отмечаются подозрительность, недоверчивость, идеи отношения, состояния тревожности. Подобная резидуальная симптоматика сохраняется в течение 3–4 недель на фоне астенической депрессии.

Кокаиновый паранойд чаще всего развивается у больных, перенесших в прошлом делириозное состояние. Он может манифестировать в состоянии опьянения от приема обычной дозы и быть не связанным с передозировкой. Психоз характеризуется бредовыми идеями величия, изобретательства или преследования, психического или физического воздействия, особого отношения или их причудливым сочетанием. Становление бреда, склонного к систематизации, сопровождается зрительными и слуховыми галлюцинациями. Так, после нескольких дней опьянения кокаином больному кажется, что на его лице окружающие “читают пороки”, о нем шепчутся и его высмеивают. Эмоциональные реакции сопровождаются аффектом ярости; в таком состоянии больные могут совершать грубые насильственные действия. Двигательное возбуждение или заторможенность могут иметь кататоноподобный характер.

В дальнейшем возникают галлюцинации, затрагивающие все органы чувств. Больные слышат голоса, произносящие ругательства, вступают с ними в диалог; видят многочисленные мелкие предметы и животных, нередко даже большие животные представляются в уменьшенном виде. Особенностью кокаиновых наркоманов является наличие у них в клинической симптоматике своеобразных галлюцинаций осязания, больные расцарапывают кожу острыми предметами, чтобы достать оттуда инородные тела (насекомых, кристаллы кокаина и т.д.). Затем появляется бред, связанный с галлюцинаторными расстройствами, который определяет дальнейшее поведение больного. В настоящее время этот феномен называется *паразитарным бредом*, однако он не специфичен для кокаиновых психозов, а, по мнению некоторых авторов, является проявлением психоорганического синдрома [1]. Психоз может длиться месяцами, пока больной не прекратит употребление кокаина. В дальнейшем возможен переход психоза в корсаковоподобный синдром. Отмечено, что паранойд и галлюцинаторные расстройства могут возникнуть и спустя один год после применения кокаина.

На фоне хронического употребления кокаина может наблюдаться развитие бреда ревности. Этому способству-

ет и то, что у привычных наркоманов этой категории отмечается резкое снижение половой потенции.

В течение хронической интоксикации и в структуре психозов могут наблюдаться своеобразные нарушения мышления: резонерство, необычные ассоциации, навязчивые явления на фоне депрессивно-дисфорического настроения, маниакальный синдром, кататоноподобное возбуждение, ступор. Эти психотические состояния обычно длятся 1—2 нед, но возобновляются при повторном приеме стимуляторов, а в результате частого употребления приобретают затяжной характер.

Корсаковский синдром может развиваться при хронической интоксикации кокаином и без предшествующих психозов. В отличие от алкогольного корсаковского синдрома, прогноз более благоприятен, не наблюдается периферических невритов.

При кокаиновой наркомании возможно возникновение особого вида деменции, так называемого кокаинового паралича, по структуре напоминающего прогрессивный паралич у больных сифилисом. Для этих состояний характерны пышный бред величия, повышенное настроение, суестьливость на фоне выраженного слабоумия.

Как проявление психоорганического синдрома возможно возникновение кокаиновой эпилепсии.

В течение 1,5—2 лет употребления кокаина у наркоманов развивается психическая деграция с опустошением психики. Мышление становится вязким, брадиспсихичным, речь олигофазичной. Больных отличают аспонтанность поведения, бездеятельность. Нарастающие на первых этапах наркотизации грубость, раздражительность, вспыльчивость сменяются депрессиями вначале с дисфорическим, а затем с апатическим компонентом и частыми суицидальными действиями. Вместо эйфории в состоянии опьянения появляются взбудораженность, пугливость, страх, склонность к идеям отношения, преследования, ревности.

Нейротрофические нарушения выражаются акатизией, мышечным беспокойством, хореоподобными движениями конечностей, шеи, про- и ретропульсивной походкой. Поражение черепных нервов проявляется диплопией, офтальмоплегией, параличом подъязычного нерва.

В далеко зашедших случаях у больных может наступить глубокая деменция.

Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением стимуляторами

Наиболее распространенными в России стимуляторами являются *амфетамины*.

Для зависимости от амфетаминов характерно возникновение интоксикационных психозов, связанных не только с передозировкой наркотика, но и с приемом обычных доз. Подобные психотические состояния, как правило, характеризуются полиморфной симптоматикой со зрительными, слуховыми, тактильными галлюцинациями. Иногда психозы имеют структуру галлюцинаторно-параноидных состояний.

При передозировке амфетаминов возникают состояния с суженным, сумеречным помрачением сознания, аментивноподобным синдромом. Кроме этого, описаны делириозные, галлюцинаторные, галлюцинаторно-параноидные, параноидные психозы, состояния спутанности.

Амфетаминовая спутанность характеризуется дезориентировкой больных в месте и времени, растерянностью, беспокойством, суестьливостью, склонностью к неожидан-

ной агрессии. Временами они испытывают слуховые и зрительные галлюцинации. На этом фоне возможно появление элементов синдрома психического автоматизма, например ощущения “перекачки энергии по телу”, способности активно воздействовать на окружающих, изменять их психическое состояние и передавать им энергию. Длительность данного психоза — от нескольких часов до 1—2 сут, с последующей полной или частичной амнезией пережитого.

В структуре амфетаминовых делириев отмечаются обильные зрительные галлюцинации. В момент психоза больные видят и ощущают бегающих по телу насекомых, червей, гусениц, ловят их, сбрасывают с себя. Обнаруживаются дезориентировка, нарушение координации движений, аффект страха и ужаса. Для амфетаминовых делириев характерны злобное возбуждение, агрессия и склонность к насильственным действиям. Длительность описанных психотических состояний — 1—2 сут. Они заканчиваются полным выходом из психоза с появлением критического отношения к перенесенным переживаниям. Параноидные состояния отличаются беспокойством, тревогой, паническим страхом, идеями отношения. На высоте параноида нередко развиваются слуховые галлюцинации, при этом больные слышат оклики, перешептывание, угрозы, шум шагов за дверью. Эта симптоматика сопровождается раздражительностью, двигательным беспокойством, возбуждением с агрессивностью, психосенсорными феноменами (нарушением схемы тела, ощущением изменения формы и цвета окружающих предметов).

В результате многократного приема препарата возникают сложные эндоформные психотические эпизоды. Психозу предшествует продромальный период — бессонница, неустойчивость аффекта, повышенная возбудимость, гневливость. На этом фоне развивается синдром Кандинского—Клерамбо с ощущением необыкновенного могущества, способности передавать мысли на расстоянии, предвидеть будущее. Возможно возникновение кататонической симптоматики. Продолжительность психоза — несколько дней. После длительного сна у больных не обнаруживается расстройств мышления и эмоционально-волевой сферы, присущих психозу [2].

Для синдрома отмены при злоупотреблении амфетаминами характерна депрессия с суицидальными тенденциями. На высоте абстиненции могут также развиваться острые психозы в форме делириозного помрачения сознания продолжительностью до 10-15 дней.

На фоне длительного систематического приема амфетаминов могут возникать острые параноидно-гемифренические психозы с элементами дурашливости (гебоидности). Во время острой фазы психоза (длящейся несколько дней или недель) наблюдаются параноидные реакции с тревожным настроением, настороженностью, транзиторными бредовыми идеями отношения, ущербности и преследования. Возникают иллюзорное восприятие окружающего с рудиментарными зрительными и слуховыми галлюцинациями, речевое возбуждение, ускорение темпа мышления вплоть до скачки идей. На этом фоне нередко развиваются экзотические состояния, близкие по структуре к маниакальным, при которых больные испытывают чувства особой радости, восторга, просветления, чувствуют себя возвышенными, “бесплотными” и “парящими” существами. Внешне они выглядят импульсивными, подвижными, говорливыми. Усиливается и растормаживается сексуальное влечение. В дальнейшем у больного может со-

храняться ощущение, что он находится под наблюдением каких-то высших существ. Подобные психозы могут длиться несколько недель и подвергаться обратному развитию после прекращения приема наркотиков.

Описаны случаи, когда после приема кустарно приготовленных препаратов (первитин) возникают маниакальные или маниакально-бредовые состояния, которые сопровождаются эпизодическими нарушениями ориентировки в месте и времени. При этом отмечаются отвлекаемость внимания, приподнятое, бодрое настроение. Опьяневшие совершают бессмысленные поступки, например покупают большое количество продуктов, железнодорожные билеты в разные направления. Они испытывают ощущение особого могущества, свое необычное предназначение в жизни, возможность воздействовать на окружающих, манипулировать ими. Продолжительность психозов — не более 1—2 сут.

Длительный прием амфетаминов приводит к возникновению так называемых амфетаминовых психозов, характеризующихся переживанием ярких галлюцинаций, параноидного бреда преследования, отношения, ревности, сопровождающихся аффектом тревоги и страха, а по выходе из психоза — астенией и депрессией.

По наблюдениям И.Н. Пятницкой [1], при злоупотреблении *эфедрином* подобные психозы развиваются через 8—9 мес. после тяжелой многодневной интоксикации. При этом еще до возникновения развернутых психозов появляются параноидная настроенность, подозрительность, навязчивые страхи, психосенсорные расстройства, нарушения схемы тела, дисморфобии, в связи с чем больные боятся находиться в людных местах, переходить улицу, пользоваться метро. Им кажется, что на улице, в транспорте им постоянно встречаются одни и те же лица, что окружающие обсуждают их, относятся с предубеждением. Больные слышат оклики, в темноте угадывают скрывающихся преследователей. В таком состоянии пациенты, опасаясь нападения, перестают выходить из дома. На этом фоне при продолжении приема наркотика возникают развернутые психозы. Отнятие наркотика ведет к быстрому исчезновению психотических нарушений. Длительность психоза — от нескольких дней до 1—2 нед.

При длительном злоупотреблении амфетаминами могут развиваться затяжные или хронические психозы с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Чаще это происходит на фоне ясного, реже — суженного сознания. Преобладают отрицательные переживания: страх, подозрительность, злобность, подавленность, тревога. В некоторых случаях психоз сопровождается эйфорией и раздражительностью, которые с развитием психоза исчезают. Часты слуховые галлюцинации, связанные с бредовыми переживаниями. Реже возникают зрительные и тактильные, обонятельные и висцеральные обманы восприятия, которые могут носить как истинный, так и псевдогаллюцинаторный характер. Возникают бредовые идеи отношения, преследования, физического воздействия. Реже обнаруживаются идеи самообвинения и величия, а также нигилистический бред. В течение психоза могут возникать такие психозоподобные симптомы, как нарушения мышления — “сделанные” переживания, обрывы мыслей, чувство пустоты в голове, резонерство, разорванность речи, необычные ассоциации, неопределенные, расплывчатые суждения. Больным кажется, что их мысли узнают и “отнимают” окружающие. В двигательной сфере может наблюдаться весь спектр рас-

стройств — от возбуждения и суетливости до двигательной заторможенности и кататонического ступора.

При злоупотреблении амфетаминами, в особенности кустарно изготавливаемыми, возможно развитие выраженного психоорганического синдрома, сопровождаемого когнитивными расстройствами и даже деменцией.

Злоупотребление *кофеином* (в основном имеется в виду чефир) в сочетании с другими ПАВ также может вызывать психозы. Большие дозы кофеина могут способствовать и экзacerbации психических расстройств, в частности усиливать тревогу и беспокойство у больных с депрессией. При особенно массивном злоупотреблении чефиром возможно возникновение спутанности, сумеречного помрачения сознания, судорожных припадков, транзиторных делириозных состояний продолжительностью 1—2 сут. [3].

Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением галлюциногенами

В наиболее выраженной форме психотические расстройства возникают при приеме *диэтиламида лизергиновой кислоты (ЛСД)*.

Все специалисты, изучавшие действие ЛСД, пришли к мнению, что характер воздействия этого препарата на психику нельзя предсказать, рассчитать заранее. Кроме того, спустя значительное время после употребления может возникать спонтанная, неуправляемая психопатологическая продукция. В состоянии интоксикации возникает дезадаптивное поведение, сопровождающееся хаотичной смесью эйфории и дисфории, смешливости и болезненной тревоги, выраженным двигательным возбуждением, нарушениями мышления, идеями отношения, изменениями восприятия в виде иллюзий, галлюцинаций, синестезий, деперсонализацией, дереализацией, паническими реакциями страха, суицидальными мыслями или попытками, агрессией, в связи с чем больные могут совершать различные неадекватные поступки и тяжелые правонарушения.

Первые же приемы галлюциногенов (при достаточно высокой дозе) сопровождаются возникновением психотических расстройств. При этом психоз может развиваться как у лица, впервые употребившего наркотик, так и у страдающего зависимостью от него. Время существования психотических расстройств ограничивается, как правило, несколькими часами. Вместе с выходом из опьянения наблюдается и выход из психотического состояния. Однако для лиц, употребляющих галлюциногены, достижение психотического состояния целью не является. Они стремятся получить эйфорию и необычные ощущения. Поэтому в подавляющем большинстве случаев развернутые психотические состояния в структуре острой интоксикации не наблюдаются. Через некоторое время после приема препарата возникают так называемые флэшбэк-состояния: зрительные иллюзии, нарушения восприятия формы и цвета окружающих предметов. Может обнаруживаться синестезия, при которой звуки “ощущаются”, цвета — “слышатся”.

Чаще всего в структуре острой интоксикации ЛСД встречаются делирии и онейроиды, реже — вербальный галлюциноз, параноид, а также шизофреноподобные состояния, например с проявлением синдрома Кандинско-Клерамбо. При этом психотические расстройства всегда носят ярко чувственный, редуцированный и несистематизированный характер. Их существование ограничивается периодом острой интоксикации ПАВ.

При употреблении больших доз ЛСД на высоте интоксикации зачастую возникают более глубокие изменения сознания, представленные чаще всего делирием, сумеречным состоянием или онейроидом с грезоподобными переживаниями религиозного, космического, фантастического содержания.

Делириозные эпизоды возникают через 1,5—2 ч после приема препарата. Отличительной особенностью делириозных переживаний, вызванных ЛСД, являются необычная яркость галлюцинаторных образов, их ослепительная, как бы фосфоресцирующая, светящаяся окраска. В клинической картине психоза на первый план выступают то галлюцинаторно-иллюзорные симптомы, то галлюцинаторно-параноидные проявления, то шизофреноподобные синдромы. Последние проявляются неадекватностью эмоций, дурашливостью, своеобразностью нарушений мышления при относительно сохранной ориентировке в окружающем. Продолжительность психоза — от нескольких часов до одних суток.

При употреблении природного галлюциногена *мескалина* (использовался ацтеками при религиозных обрядах под названием “пейотл”) спустя четверть часа возникает серия психосенсорных нарушений, которые в основном проявляются в особой обостренности восприятия красок и возникновении ярких иллюзорно-галлюцинаторных явлений. Сознание своеобразно нарушается и характеризуется в основном изменением представления большого о самом себе и своей деятельности, а также расщеплением собственного “Я”. Наблюдаются все разновидности обманов чувств: иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. Нарушается мышление: избыток мыслей сменяется их скудостью. Настроение колеблется от повышенного, с излишней деятельностью и говорливостью, к пониженному — с пассивностью, боязливостью; затем может возникнуть субступорозное состояние и после этого — вновь состояние экстаза, напряжения, тревоги. Ряд исследователей высказывали мысль о сходстве описанной клинической симптоматики с клиникой начальной стадии шизофрении.

Употребление *псилоцибинов* сопровождается усилением яркости восприятия зрительных и слуховых образов. Появляются иллюзии и галлюцинации, преимущественно зрительные. Сценноподобные галлюцинации не характерны, но может отмечаться ревизуализация прошлого. Иллюзии и галлюцинации обычно ярки, подвижны, возникают при закрытых глазах, носят приятный, реже устрашающий характер. Изменения слухового восприятия обычно ограничиваются гиперкаузией, иногда элементарными обманами восприятия иллюзорного и галлюцинаторного характера. Часто нарушается восприятие времени и пространства, может возникать чувство нереальности происходящего вокруг, испытываемые как бы находятся в другом мире, хотя формальная ориентировка и не нарушается. Нередко отмечаются расстройство схемы тела, деперсонализация. Возникают чувство безразличия, утрата интереса к окружающему, “внутреннее спокойствие” (“токсическая интраверзия” по де Бору) и эйфория, которые часто сочетаются; при этом могут наблюдаться экстатические состояния. Подъем настроения может доходить до гипоманиакального состояния. Ориентировка в месте, времени и собственной личности обычно не страдает. Однако иногда отмечается развитие онейроидных эпизодов, при которых окружающее приобретает символическое значение. Нарушается восприятие времени, схемы тела,

речь становится непонятной. Исчезает критика к своему состоянию. Передозировка наркотика вызывает усиление вышеописанной симптоматики и короткие эпизоды помрачения сознания, сопровождающиеся дисфорией, боязливостью, утратой критики. Психические нарушения сохраняются в течение 4—5 ч.

У части больных состояние интоксикации псилоцибинами может переходить в затяжной психоз с галлюциаторно-бредовой симптоматикой. Возможны и рецидивы подобных психотических состояний, уже не связанные непосредственно с приемом очередных доз наркотика.

Употребление **препаратов атропиноподобного действия**, чаще всего антипаркинсонических средств, также может вести к появлению выраженных расстройств, вплоть до психотических.

Антипаркинсонические препараты обладают отчетливым галлюциногенным действием. В состоянии опьянения могут отмечаться иллюзорное восприятие окружающего, зрительные галлюцинации, необычные телесные ощущения. Иногда картина опьянения характеризуется оглушением, заторможенностью, отдельными окликациями и видениями устрашающего характера. При этом у опьяневшего испуганный вид, “бегающие глаза”, резко расширенные зрачки [4].

При употреблении циклодола или других антипаркинсонических средств в дозах выше терапевтических (8—10 мг) развивается картина острого делирия, в течение которого могут наблюдаться светлые промежутки от нескольких минут до нескольких часов. Психотические состояния характеризуются дезориентировкой в месте и времени, разнообразными зрительными и слуховыми галлюцинациями, помрачением сознания, чувственным бредом отношения, преследования, психомоторным возбуждением с агрессивными тенденциями, что делает этих больных опасными для окружающих. Делирий имеет некоторые особенности. Отмечаются микропсихические галлюцинации, когда больные видят мелких зверей, насекомых. Возникают также тактильные галлюцинации, при которых больные чувствуют ползающих по телу и под кожей червей, насекомых. Для циклодоловой интоксикации типичны так называемые отрицательные галлюцинации. Их классическим примером может служить симптом “пропавшей сигареты”: у больного в руках как бы появляется сигарета, но только он подносит ее ко рту, сигарета исчезает, а затем снова появляется в руках. Делирий протекает с выраженными колебаниями аффекта — от маниакальноподобного до тревожно-тоскливого. Продолжительность психоза — от 1 до 3 сут., причем отдельные психотические переживания могут сохраняться в дальнейшем в течение нескольких дней, заметно усиливаясь к вечеру.

При одномоментном употреблении больших количеств циклодола (15—20 таблеток и более) возможно развитие психоорганического синдрома в виде выраженных нарушений памяти, внимания, сообразительности с последствиями в виде непродуктивности и поверхностности мышления, снижения критических способностей, которые достигают иногда степени органической деменции.

Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением летучими растворителями

Как уже говорилось выше, **летучие органические растворители**, хотя и выделены составителями МКБ-10 в отдельную группу, с полным правом могут быть отнесены к категории галлюциногенов.

В структуре острой интоксикации возникают кратковременные транзиторные психотические состояния экзогенного типа. При употреблении небольших доз обычно возникает состояние неадекватного веселья. При дальнейшем их увеличении обычно развиваются делирий, спутанность сознания, дезориентировка и атаксия. Возможны также нарушения сознания по типу оглушения или онейроида.

При состояниях острой интоксикации летучими растворителями с делириозными расстройствами часто возникают яркие “управляемые” зрительные галлюцинации сценноподобного характера. Лица, употребляющие эти вещества, называют подобные состояния “просмотрами мультяшек”, которые часто сопровождаются и их “озвучиванием” (слуховыми галлюцинациями). В состоянии опьянения могут повторяться одни и те же галлюцинаторные сюжеты. Слуховые обманы чаще представлены акаозмами, или феноменами искажения реальных звуков (необычность, громкость, приглушенность, отдаленность и т.д.). Возможно возникновение тактильных галлюцинаций (ползающие по телу насекомые), необычных ощущений, локализованных в полости рта: “зуб вращается”, “выпадают челюсти”.

Для выраженных состояний опьянения характерно онирическое состояние сознания; возможны висцероскопические галлюцинации, когда “внутренним зрением” больные видят, например, свои внутренние органы. Часто встречаются психосенсорные расстройства в виде изменения формы окружающих предметов, чувства “проваливания”, “полета”, “падения”, “парения” в воздухе с нарушением координации движений. Передки и деперсонализационные расстройства, сопровождающиеся отчуждением, неуправляемостью психических процессов, чувством их “сделанности”, переживанием распада целостности, отделения и “растворения” души с элементами синдрома психического автоматизма.

Для зрительных галлюцинаций характерны галлюцинаторные образы во внутреннем поле зрения. Больные видят их “как бы мысленно” [1]. Зачастую в течение интоксикации появляются яркие зрительные галлюцинации устрашающего характера, сопровождающиеся аффектом страха, ужаса. После прекращения воздействия ингалянта быстро восстанавливается критическое отношение к психопатическим переживаниям.

Опьянение органическими растворителями длится от нескольких минут до 1,5—2 ч, с последующей сохранностью воспоминаний о психопатологических проявлениях, что свидетельствует о неглубоком помрачении сознания. Выход из состояния опьянения — через психофизическую астению.

При превышении дозы наркотика в структуре интоксикации возникает развернутое делириозное помрачение сознания. Оно сопровождается наплывами устрашающих зрительных галлюцинаций (летающие гробы, покойники, скелеты, чудовища), слуховых галлюцинаций угрожающего и императивного характера. Под влиянием этих переживаний больные совершают агрессивные и аутоагрессивные действия, пытаются вскрыть себе вены, выпрыгнуть из окна. Подобные состояния длятся около 2—3 сут.

Синдром отмены развивается к концу первых суток после прекращения употребления ингалянта и характеризуется головной болью, нарастающим двигательным возбуждением, парестезиями, чувством измененности объема тела, длины конечностей, дисфорией, агрессией.

В редких случаях, после резкого прекращения употребления данного вещества, в структуре абстиненции могут развиваться психотические эпизоды по типу делирия.

Уже в течение первого месяца употребления ингалянтов токсикоманы становятся злобными, раздражительными, грубыми, агрессивными по незначительному поводу. Возрастает их криминальная активность, они часто совершают кражи, групповые разрушительные, насильственные действия.

Хроническое злоупотребление летучими веществами может вызвать задержку психического и физического развития, эмоциональную неустойчивость, психопатизацию по эксплозивному типу, значительное интеллектуальное и волевое снижение, грубые поведенческие расстройства, вплоть до развития токсической энцефалопатии с появлением судорожного синдрома.

При энцефалопатии выявляются признаки очагового поражения ЦНС, диэнцефальная и пирамидная симптоматика, нередко развивается паркинсонизм. Вне зависимости от вида употребляемого вещества возникают периферические нейропатии со слабостью конечностей, болевой симптоматикой. Возможно поражение тройничного, зрительного, обонятельного нервов.

При систематическом употреблении ингалянтов развивается выраженный психоорганический синдром, который формируется в течение 1,5—2 лет, что приводит больных к инвалидизации. В случае воздержания от приема токсических веществ проявления энцефалопатии ослабевают, но полной компенсации не наступает.

Список литературы

1. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 526 с.
2. Битенский В.С., Херсонский Б.Т., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. — Киев: Здоровье, 1989. — 215 с.
3. Столяров Г.В. Лекарственные психозы и психомиметические средства. — М., 1964. — 453 с.
4. Иванец Н.Н. Лекции по клинической наркологии. — М., 1995. — 216 с.

PSYCHOTIC STATES PROVOKED BY ABUSE OF COCAINE, OTHER STIMULATORS, HALLUCINOGENS AND VOLATILE SOLVENTS

DMITRIEVA T.B.	Academician, RAMS. Professor, Head of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry
IGONIN A.L.	MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry
KLIMENKO T.V.	MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry
PISCHICOVA L.E.	MD. PhD. senior researcher of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry
KULAGINA N.E.	MD. PhD. senior researcher, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry

In this communication the description of psychotic disorders under over consumption of cocaine, other stimulators, hallucinogens and volatile solvents is done. These substances are composing second half of the List of psychoactive drugs indicated in ICD-10. Psychotic disorders produced by substances from first half of the List were regarded in one from previous number of "The Narcology" special medical magazine.