

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології,
наркології та сексології

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин

Навчальний посібник

для лікарів-спеціалістів лікувального профілю, що проходять
перепідготовку відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної
характеристики лікаря-спеціаліста зі спеціальності «Психіатрія»

Запоріжжя
2019

УДК 616.89-008.441.33 (075.8)

С 21

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № ___ від «___» _____ 20__ р.)
та рекомендовано для використання у навчальному процесі*

Автор:

Д. М. Сафонов – канд. мед. наук, асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ.

Рецензенти:

Шевченко М. В., доцент кафедри внутрішніх хвороб №3 ЗДМУ, кандидат медичних наук, доцент;

Дарій В. І., професор кафедри нервових хвороб ЗДМУ, доктор медичних наук, професор.

С 21 Сафонов Д. М.

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин: для лікарів-спеціалістів лікувального профілю, що проходять перепідготовку відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря-спеціаліста зі спеціальності «Психіатрія» / Д. М. Сафонов. - Запоріжжя, 2019. - 94 с.

Навчальний посібник складений відповідно до «Освітньо-професійної програми вищої освіти». Посібник підготовлений згідно з матеріалами, розробленими викладацьким складом кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, згідно робочої програми курсів спеціалізації за фахом «Психіатрія». Автори виходили з сучасних вимог до викладання, контролю теоретичних знань, умінь і практичних навичок в умовах кредитно-трансферної системи оцінки навчання. У матеріалах навчального посібнику особливу увагу приділено психічним та поведінковим розладам внаслідок вживання психоактивних речовин, як найменш вивченим у клінічному аспекті та таким, що набувають популярності серед споживачів наркотичних речовин. З огляду на прогресивний розвиток психіатрії та наркології, зміни вимог до фахівців, даний посібник з часом не повністю відповідатиме педагогічним і професійним потребам, тому він буде вдосконалюватися і доповнюватися.

УДК 616.89-008.441.33 (075.8)

*Затверджено на засіданні кафедри «12» березня 2019р., Протокол № 29
Переглянуто на засіданні кафедри «___» _____ 20__ р., Протокол №*

Зміст

Передмова	4
Проблема наркоманії у соціальному вимірі	7
Класифікація наркотичних засобів	13
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання речовин опіюїдного ряду	18
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання героїну	24
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин класу галюциногенів	29
Загальна характеристика галюциногенів	29
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання похідних фенілетиламіну	35
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання похідних триптаміну	47
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання синтетичних канабіноїдів	59
Завдання і тести	81
Рекомендована література	91

Передмова

Навчальний посібник «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин» підготовлений відповідно до робочих програм та для лікарів-спеціалістів лікувального профілю, що проходять перепідготовку відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики лікаря-спеціаліста зі спеціальності «Психіатрія». Його особливістю є те, що він розроблений на основі сучасних, валідних досліджень у галузі психіатрії та наркології.

Збільшення споживання наркотиків є однією із найбільш зловбодених проблем сучасного суспільства: стрімке зростання наркоманії зареєстроване практично в усіх країнах світу, країнах СНД, у тому числі й в Україні. За останні кілька років число хворих на наркоманію в нашій країні подвоїлося, швидко зростає число ВІЛ-інфікованих. В Україні офіційно зареєстровано 180 тисяч наркоманів, реальна ж їх оцінка, за різними оцінками, становить до 700 тисяч, 90% із них – молодше 25 років, третину становлять жінки, вік початку наркомани знизився до 14 років. Аналогічна ситуація складається в інших країнах СНД.

Серед хворих, яких виявляють; переважають молоді юнаки і дівча та віком 14-18 років. Кожний 3-4-й підліток має досвід уживання наркотиків. У молодіжному середовищі найбільш поширені похідні групи

Вживання наркотиків проявляється у швидкому руйнуванні мотиваційних механізмів поведінки, залежність від ПАР пригнічує вищі потреби людини. Юнак припиняє інтелектуальний та соціальний розвиток, втрачає здатність до творчої діяльності, втягується до протиправного існування, стає «баластом» суспільства, фактично вступаючи з ним у нескінченно протиборство. Наркоманія витісняє із молодих людей генетично закладені духовні та моральні цінності, непоправно шкодить соматичному і

соціальному статусу хворого та його найближчому оточенню, Що, з огляду на популяційний характер захворювання, фактично несе потенційну загрозу здоров'ю та благополуччю нації в цілому.

Лікування наркоманії та пов'язаних із нею супутніх захворювань вимагає величезних матеріальних витрат, тим більше, що терапевтичні ремісії нерідко короткочасні, нестійкі. Це великою мірою пов'язане з недосконалістю існуючих лікувально-відновних програм та визначає необхідність пошуку принципово нових підходів до лікування та профілактики.

Темпи поширення і глобальні наслідки наркотичної залежності порівнянні хіба що з особливо небезпечними інфекціями. Не випадково в професійній наркологічній термінології стосовно наркоманії міцно закріпилися такі поняття, як «епідемія» і «пандемія», які дають найбільш чітке уявлення про характер і масштабність даного явища в сучасному світі. Вже стали звичними та буденними такі міжнародні неологізми сучасності, як «наркорегіони», «наркобізнес», «наркосиндикати», «наркомафія», «наркобарони», «наркокур'єри», «Нарковіїни» «наркосім'ї», «наркодіти».

Країни світу поділилися на нарковиробників та наркоспоживачів. Відомі світові джерела наркотиків: 1) героїн і опіати – Бірма, Таїланд, Лаос («Золотий трикутник»); Пакистан, Афганістан, Іран («Золотий півмісяць») і Мексика; 2) кокаїн – Перу, Болівія, Бразилія; 3) канабіс - Колумбія, Ямайка, Мексика, Ліван, Індія, Пакистан, Таїланд, США.

Щорічно виявлена та зареєстрована (врахована) кількість наркотиків та їх прекурсорів у цих та інших країнах, як свідчать джерела офіційної інформації ВООЗ і окремих країн, настільки величезна, що це нагадує валове виробництво: тільки Мексика, наприклад, «виробляє» для внутрішнього чорного ринку й «поставляє» світу щорічно близько 3 тис. тон героїну; «Золотий трикутник» – близько 800 тон, «Золотий місяць» – близько 1000 тон опію-сирцю, кількість кокаїну обчислюється 400 тонами щороку.

Серйозність світової ситуації обігу наркотиків і проблеми наркоманії, яка, до речі, назривала десятиліттями у колишньому Союзі, в тому числі й в Україні, повністю ігнорувалася або недооцінювалася, оскільки інформація про поширення наркоманії на Заході розглядалася однопартійними політологами і соціологами тих часів абстрактно та однобічно – лише в аспекті демонстрації негативних рис капіталістичної системи. І хоча захворюваність на наркоманію не тільки ніколи не припинялася ані в Союзі, ні в решті «країн соцтабору», а навпаки, весь час наростала, втім, усупереч реальності стабільно і завзято насаджувалася у суспільній думці версія про те, що соціальне коріння наркоманії при соціалізмі ліквідоване, а отже, багатомільйонний народ від неї застрахований. Учені-медики того періоду, які вивчали проблеми наркоманії на конкретному клінічному («вітчизняному») матеріалі, не могли опублікувати результати власних досліджень відкритим науковим або популярним друком, оскільки дана тема належала до заборонної із грифом «Для службового користування» і «Надсекретно»), замовчувалася, була відома лише в клінічній психіатрії і наркології та не була доступною населенню як джерело застереження. Коли ж заборони на свободу слова і друку були ліквідовані та ситуація з наркотиками стала оцінюватися і суб'єктивно з'являтися у відкритих публікаціях, для широкої «суспільної думки» це було повною несподіванкою: виявилось, що для наркоманії, яка відрізняється надзвичайною мікро- і макросо-ціальною контагіозністю, не є істотним бар'єром ані державні кордони, ані соціальний лад, ані релігійні напрямки, вона вражає країни і континенти, не обійшла вона, на жаль, і Україну. Не можна погодитися з суспільною думкою про те, що спалах наркоманії був обумовлений відомою загальносоюзною акцією 1985 року «про заходи щодо подолання пияцтва і алкоголізму», що виявилася, як відомо, безрезультатною та призвела лише до негативного ставлення громадськості до будь-якого державного регулювання та необмеженого продажу алкоголю.

Проблема наркоманії у соціальному вимірі

Досвід уживання людьми речовин з наркогенним потенціалом вимірюється тисячоріччями. Найдавніші письмові джерела й археологічні дослідження містять дані про вживання майже всіма народами, починаючи із прадавніх часів, рослинних наркотиків. З документів та історичних хронік відомо, що шумери, китайці, індійці, стародавні греки, ацтеки та племена Сибіру добре знали дію деяких наркотиків і використовували їх з ритуальною метою, в обрядах і церемоніях. За доісторичних часів та пізніше право на вживання наркотиків, з огляду на те, що вони спричиняють незвичайні стани, мали тільки утаємничені. Використання таких препаратів для інших членів суспільства завжди залишалося забороненим, а їх самовільне вживання спричиняло найсуворіше покарання.

Одним із найбільш ранніх використовуваних людством наркотиків, найімовірніше, був опіумний мак. Збереглися глиняні таблички культури шумерів 5 тис. до н.е. з рекомендаціями приготування та вживання опіуму. Близько 2700 р. до н.е. на території від Малої Азії до Китаю використовували коноплі (у вигляді настою, напою): китайський імператор Шен Нунг рекомендував вживання їх як ліки від головного болю, подагри, неувважності. У прадавньому індійському епосі «Атхарва» і «Рігведа» (1500 років до н.е.) згадується про священний напій сома, до складу якого входили коноплі. Цей напій пили тільки жерці та утаємничені. Взагалі поширення конопель і їх похідного – гашишу, має на Сході велику історію. На стінах похоронних комплексів Центральної і Південної Америки, збудованих 3 тис. до н.е., є зображення людей, які жують листя коки (один із способів прийому кокаїну). У племенах індіанців Північної Америки з ритуальною метою застосовували галюциногенні гриби (дію цієї речовини можна зрівняти з дією ЛСД або

мескаліну). Так само шаманами і знахарями в різні епохи для входження до стану екстазу глибоко релігійного і містичного змісту застосовувався різновид мексиканського кактуса пейота, якому поклонялися ацтеки. Вони називали його «теонанацаль» плоть бога, і вважали шматочки кактуса втіленням великого мексиканського Бога Сонця.

Використання наркотичних речовин — добре відомі при виготовленні ліків та мазей. В XVI ст. відомий цілитель Парацельс використовував опіум як медичний препарат.

Використання опіуму в медицині та з рекреаційною метою було поширене серед мусульман на Близькому Сході. Сьогодні в мусульманських країнах використання опіатів карається менше, ніж вживання алкоголю. Арабські торговці привезли опіум в Індію і Китай в IX столітті, і саме в Китаї поширилася практика куріння опіуму. Залежність від опіуму в Китаї була визначена як проблема разом із першим едиктом проти опіуму, який був виданий у 1729 році. Потреба в наркотиках залишалася дуже високою. Всупереч забороні на імпорт опіуму в Китай, англійці продовжували обмінювати індійський опіум на китайський чай, і це послужило причиною опіумну війн між Китаєм і Великобританією в середині XIX.

У 1805 році в Європі німецький аптекар Сертюрнер виділив перший алкалоїд опіуму, давши йому назву морфін, за іменем грецького бога сну Морфею. Морфін є основною активною хімічною речовиною в опіумі (кодеїн – інший опіат, знайдений в опіумі), він у 10 разів сильніше, ніж опіум-сирець. З того часу морфін стали використовувати з медичною метою.

В 1874 році британський хімік Олдер Райт виявив нову хімічну сполуку, основу на перетворенні морфіну, а саме діацетилморфін. Тоді відкриття Райта залишилося без уваги, а в 1898 році німецький фармацевт

Гендріх Дрезер повторно синтезував цю хімічну сполуку та виявив, що вона в 10 разів сильніша морфіну. Дія цих ліків була настільки потужною, що їх сприймали, як ліки з «героїчними» можливостями, а отже й назвали героїном. Героїн негайно стали використовувати з медичною метою, доки не з'ясувалося, що героїн викликає ще більшу залежність, ніж морфін.

У медичному розумінні наркоманія — це хвороблива пристрасть до вживання різними способами (ковтання, вдихання, внутрішньовенною ін'єкцією) наркотичних речовин, для того щоб досягти одурманеного стану.

У більш широкому розумінні наркотик – це «хімічна речовина, або суміш речовин», прийом якої спричиняє зміну функціонування організму та, ймовірно, його структури. Група експертів ВООЗ в 1957 р. визначила наркоманію, як «стан епізодичного або хронічного отруєння, спричиненого повторюваним введенням наркотиків». Комітет експертів ВООЗ розрізняє в наркоманії, як хворобі, два різновиди станів – залежність і звикання.

Поширення наркоманії, її клінічні особливості, динаміка формування, перебіг, тяжкість та результати, ступінь соціально-економічних наслідків за всіх часів залежали від виду наркотиків, їх доступності, традицій, транскультурних факторів, етнічних особливостей, релігійних течій, стану генофонду, добробуту, рівня наукових досягнень, особливостей підходів до профілактики, лікування тощо. Принаймні, не можна рівень поширеності наркоманії в окремій країні асоціювати та давати монотрактування тільки з погляду політичного устрою (режиму) в даній країні, оскільки наркоманія мало залежить від того, хто має владу – демократи або республіканці. У світі немає жодної країни, де б не реєструвалися випадки наркоманії.

У зв'язку із цим «наркотики, наркоманія» – це проблема міжнародна. Успіхи в боротьбі з нею виявляються тим реальнішими, чим більш скоординовані зусилля міжнародного співтовариства в реалізації на пропозиції та/або на попит на нелегальні наркотики в місцевому або національному масштабі, що включає освітні й лікувальні програми, контроль та інші заходи. У Європі така діяльність координується «Відділом алкоголю, наркотиків і тютюну» Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. Уже накопичений досвід ряду країн, де вдалося добитися феномена масової переваги здорового стилю життя, що виключає наркотичні мотивації. Але нам в Україні поки що до цього далеко.

Спонукаючою причиною розповсюдження наркоманії в Україні була неготовність і незахищеність людей, у першу чергу молоді, від лавиноподібного агресивного інформаційного натиску (телебачення, відеокасети, література) із прямою або непрямою рекламою ейфоризуючих ефектів наркотичних засобів і пропагандою використання їх з рекреаційною метою, тобто як невід'ємного засобу вихідного дня, вечірок, зустрічей, поїздок, подорожей, «релаксацій», «струсів».

У більшості сучасних підлітків, як показують спеціальні дослідження, відсутня настороженість і усвідомлення вітальної катастрофи "слідків споживання наркотиків як саморуйнівної поведінки. Свідченням цього є зацікавленість до паління гашишу (конопель, «травички», маріхуани) у школярів, учнів ПТУ, технікумів, студентів ВНЗ і Пильність до гашишної наркоманії. Звідси основні особливості наркоманії – її явне «омолодження».

І ще одна особливість сучасних форм наркоманії. Якщо раніше серед наркоманів переважали споживачі лікарських наркотичних препаратів (промедол, омнопон, морфій), то тепер, в основному,

використовують кустарно виготовлені наркотики. За останні роки нар. геологічна практика зіштовхнулася з випадками пристрасті до таких наркотиків, які раніше були поширені тільки на Заході.

Нині контингенти хворих на наркоманію в абсолютному їх обчисленні в Україні становлять, як було відзначено вище, 180 тис. За даними МВС України, кількість споживачів наркотиків збільшилася за останні 3-4 роки в 2,4 разу. Проте ситуація оцінюється як загрозлива у зв'язку з тим, що справжня розповсюдженість наркоманії значно вища.

На обліку є в основному особи, які добровільно звернулися до наркологічних кабінетів або стаціонарів за медичною допомогою.

Дійсна (фактична) захворюваність і поширеність наркоманії, як показують епідеміологічні дослідження та щоденні клінічні спостереження, у десятки й сотні разів перевищують офіційно зареєстровані випадки. Оцінюючи в цілому наведену аргументацію, ситуацію з наркоманією, що склалася в Україні, слід розцінювати як реальну загрозу спокою, здоров'ю та генофонду в національних масштабах. Свідченням тому є прийнята 15 лютого 1995 р. Постанова Верховної Ради України про набуття чинності Законом України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними». Закон передбачає кримінальну відповідальність громадян за діяння, пов'язані з вирощуванням рослин, які містять наркотичні речовини, обробкою, виготовленням, зберіганням, розподілом, торгівлею, використанням, переміщенням на території України та за її межами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Реакцією на проблему наркотиків і наркоманії, що виникла, з'явилася також розробка та затвердження Кабінетом Міністрів України «Національної програми протидії зловживанню наркотичними засобами

та їх незаконному обігу» (Постанова № 1034 від 14 грудня 1993 р.) передбачає комплекс інтенсивних заходів для 7 основних напрямків (у підготовці проекту розділів, що стосуються медичних аспектів. брала участь кафедра наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти): 1) Організаційно-правова робота; 2) Заходи щодо попередження незаконного попиту на наркотичні засоби, і психотропні речовини. Профілактика зловживання ними; 3) Лікування, відновлення працездатності та соціальна реабілітація осіб, які допускають немедичне вживання наркотичних засобів; 4) Контроль над виробництвом і розподілом наркотичних речовин, психотропних речовин прекурсорів; 5) Попередження поширення наркотиків рослинного походження; 6) Заходи протидії обігу наркотичних засобів; 7) Міжнародне співробітництво в сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів.

Класифікація наркотичних засобів

Медичним аспектом проблеми наркоманії займається наркологія, яка відносно недавно утворилася від психіатрії, стала самостійною науковою і клінічною галуззю медицини, до компетенції якої, крім наркоманії входять ще дві нозологічні одиниці: алкоголізм і токсикоманія (у тому числі і нікотинізм).

Поняття «наркотик» і «наркоманія» мають кілька значень і тому трактуються по-різному. Так, відповідно до загальномедичної термінології, «наркотик» — це хімічна речовина, що знеболює і, тим самим, купірує сорор, кому; у юридичному змісті — ця речовина, визнана такою (тобто наркотичною) у міжнародних конвенціях і / або національному законодавстві; у медико-наркологічному розумінні це психоактивна речовина, що викликає залежність, яка призводить до прийому даної речовини в небезпечних для здоров'я дозах і може викликати негативні соціальні наслідки.

Відповідно до сучасних уявлень клінічної наркології, до наркоманії відносять хворобливий психічний стан, що характеризується пристрастю до наркотиків (наркотична залежність) у формі нав'язливого непереборного бажання приймати наркотик (постійно або періодично), Щоб випробувати його дію на психіку або щоб не відчувати дискомфорту через його відсутність («синдром позбавлення», «абстинентний синдром»). При цьому діагноз наркоманії стосується лише тих випадків, коли хронічна інтоксикація має місце внаслідок зловживання Наркотичними засобами, які віднесені до таких конвенціями ООН, а в Україні – Комітетом з контролю над наркотиками при Міністерстві охорони здоров'я України, і характеризується психічною та фізичною залежністю. Хворобливим психічним станом (психічним розладом) називають такі клінічні ознаки наркоманії, як потьмарення свідомості,

порушення мислення, волі, емоцій, інтелекту, пам'яті, відсутність адекватної оцінки навколишньої дійсності та самоконтролю за своєю поведінкою. Як можна побачити з наведеного визначення, при постановці діагнозу наркоманії наркологи повинні орієнтуватися не тільки на комплекс патогномонічних клінічних, психопатологічних, патофизиологічних і патофізіологічних ознак та характерних сомато-неврологічних постінтоксикаційних ускладнень, але й дотримуватися юридичного аспекту, керуючись списком речовин, які офіційно, у встановленому порядку віднесені до наркотиків і мають специфічну дію на психіку та нервову систему, весь організм у цілому, насамперед у плані зняття больових відчуттів, розвитку особливих станів наркотичного сп'яніння, зміненої свідомості тощо. Цей список досить великий (понад сто речовин), до того ж він постійно поповнюється за рахунок переведення речовин із групи токсикоманічних до групи наркотичних (наприклад, зовсім недавно була «барбітурова токсикоманія», тепер – «барбітурова наркоманія»), або за рахунок виявлення наркогенних властивостей у відомих лікарських препаратів (наприклад, «Ефедрин»), або їх модифікацій (ефедрон; ефедрінова наркоманія). Поповнюється також цей арсенал за рахунок виявлення наркогенних властивостей у рослин (наприклад, кактус, мухомор як галюциногени), а також так званих конструктивних наркотиків — хімічна модифікація відомих наркотиків, яка зберігає або навіть підсилює наркотичні ефекти, але має таку хімічну форму — нова речовина, на яку не поширюється дія законодавства про наркотики. Наркотичну залежність характеризує: 1) дуже сильне бажання або нав'язливий стан регулярного вживання наркотику, бажання придбати його за всяку ціну; 2) наростаюча тенденція до збільшення кількості вживаної дози наркотику із розвитком залежності (толерантності) та

абстинентного синдрому; 3) психічна і фізична залежність від уживання наркотиків; 4) деструктивні та асоціальні наслідки наркотизації.

Наркотики за своїми фармакологічними ефектами належать до великої групи речовин, які за термінологією ВООЗ, позначаються як «психоактивні речовини», і загальними ознаками для яких є зміна психічного стану людини та формування залежності (хвороблива пристрасть, патологічний потяг). До таких речовин належать також алкоголь (алкоголізм), кава (кофеїзм), чай (чефір, чефіризм), тютюн (нікотин, табакізм, нікотинізм, тютюнова залежність), транквілізатори. Далеко не всі психоактивні речовини змінюють психічний стан тільки в кращий бік (поява підвищеного настрою» тону, ейфорії, релаксації, «сексуального сплеску» тощо). Галюциногени та леткі органічні розчинники, наприклад, можуть викликати «струс» у формі страхітливих галюцинацій, страхів, психомоторні порушення. Існуюча рубрифікація нозологічних одиниць, що включають залежність від різних психоактивних речовин (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, тютюнокуріння), є умовною, тому однотиповий набір ідентичних специфічних діагностичних ознак.

За МКХ-10 виділяються десять класів психоактивних речовин: 1) алкоголь; 2) опіюїди; 3) канабіноїди; 4) седативи; 5) кокаїн; 6) інші стимулятори, включаючи кофеїн; 7) галюциногени; 8) тютюн; 9) леткі речовини; 10) інші психоактивні речовини або наркотики різних класів, прийняті разом.

Робочу клінічну класифікацію типів наркотичних речовин можна представити у такий спосіб.

1. Опіати: а) натуральні — опій, опій-сирець (олійний і опійний мак, що містять 10—11% морфіну та 1% кофеїну); омнопон (пантопон) — суміш алкалоїдів (50% морфіну); макова соломка, в тому числі її відвар

(зрілі коробочки без насіння із плодоніжкою, які висушують, перемелюють); б) синтетичні: промедол, метадон та ін.; в) напівсинтетичні: героїн (уперше синтезований з морфіну англійським хіміком Райтом, застосовувався спочатку як ліки, у тому числі і для лікування наркоманії).

2. Препарати конопель, канабіс: маріхуана, гашиш, анаша, гашишна олія. Діючою речовиною є тетрагідроканабіноли — 5-10%; в олії їх до 60 %.

3. Кокаїн: а) кока-листя (жують, п'ють у вигляді чаю); містить Від 0,5 до 1,5% алкалоїду. Індіанці жують кока-листя для зняття втоми, подолання гірської хвороби, б) кока-паста, що містить від 41 до 90% чистого кокаїну; в) кокаїну гідрохлорид – паста, оброблена соляною кислотою; г) крек – алкалоїд кокаїну в чистому вигляді з дуже низькою температурою перетворення в леткий стан, вдихається наркоспоживачами крізь трубочку з нагрітої латунної пластинки. Найсильніший і найдорожчий у США наркотик («вільна основа») з кокаїнових.

4. Амфетаміни та амфетаміноподібні (метаамфетаміни). До цієї групи входить і ефедрон (власноручно оброблений ефедрин).

5. Галюциногени: а) синтетичні (ЛСД _ в 1935 р. синтезований як антидепресант; ДМТ д диметилтриптамін та ін.); б) природні (Псилобіцин – з мексиканських грибів; мескалін – міститься в кактусах; фенциклідин).

6. Седативно-гіпнотичні засоби: а) барбітурати; б) бензодіазепіни (седуксен та ін.); в) інші седативні засоби (мепробомат, метаквалон, ноксирон та ін.).

7. Психоактивні речовини, до яких належать: а) антипаркінсонічні засоби; б) кетамін, кеталар, оксибутират натрію; в) антигістамінні препарати (димедрол, піпольфен, астматол, солутан та ін.); г) теофедрин та ін.

8. Леткі органічні розчинники (хвороблива пристрасть до вдихання парів ацетону, бензину, різних клеїв типу БФ, фенолу, толуолу, бензолу та ін.).

Уточнене формулювання діагнозу в наркології здійснюється з урахуванням залежності до конкретної психоактивної речовини («опійна наркоманія», «опіїзм», «морфінізм», «гашишна наркоманія»; «гашишизм»; «барбітурова наркоманія»; «бензинова токсикоманія» тощо).

Залежно від походження всі наркотичні засоби поділяються на рослинні та синтетичні. Основними рослинними наркотиками є опіум, кокаїн і маріхуана (гашиш). Крім цих, найпоширеніших, трапляються й інші, більш рідкісні. Наприклад, з окремих видів південноамериканських кактусів одержують галюциногенний засіб мескалін, такі ж властивості мають деякі види грибів, з яких отримують такий наркотичний засіб як псилоцибін.

У минулому столітті, крім виробництва чистих рослинних наркотиків, люди навчилися штучним шляхом синтезувати численні наркотичні препарати з хімічних речовин. Прикладом таких «наукових» досягнень можуть слугувати такі вкрай небезпечні речовини: амфетамін, екстазі, ЛСД, барбітурати та ще багато інших.

За типом впливу наркотиків на людину, вони підрозділяються на важкі й легкі наркотики. Важкі (сильні) наркотики відрізняються більш швидким формуванням наркозалежності, тоді як легкі (слабкі) наркотичні засоби роблять цей процес повільнішим. З рослинних наркотиків до першої групи можна віднести всі опіати та кокаїн, а до другої групи - всі похідні канабісу. Слід зазначити, що такий розподіл на групи є досить умовним, оскільки це залежить від способу приготування наркотичного засобу з первісної сировини та методів його вживання (ін'єкція, куріння

або вдихання), внаслідок чого ступінь впливу того самого наркотичного засобу значно змінюється.

Згідно з інформацією Управління ООН щодо наркотиків та злочинності у світі спостерігається стійка тенденція виробництва нових наркотичних засобів. Зростаючий попит на нові види наркотиків, видів на які продаються по рецептах, зводить нанівець усі успіхи, досягнуті світовим співтовариством у галузі зниження споживання героїну та кокаїну.

Серед жителів Європи спостерігається поява особливої прихильності окремих категорій населення до психоактивних речовин (ПАР). Представники ООН прямо звертають увагу на те, що новий вид наркотиків часто пропонується у вигляді нових медичних препаратів, які легально рекламуються як замітники таких популярних наркотиків, як екстазі та кокаїн.

За інформацією ООН, Європа виступає в ролі новатора в питаннях виробництва нових видів наркотиків. Так, якщо в 2009 році в Європі було зафіксовано 24 нових види наркотиків, то в 2010 році число нових препаратів-замінників наркотиків зросло до 40. До них належать нові види наркотиків, які з'явилися останнім часом, з абсолютно новим хімічним складом, що не використовувався. Прикладом таких наркотичних речовин, можуть слугувати похідні від триптаміну, фенетиламіну, катинону, а також новий вид наркотиків на основі синтетичного канабіноїду.

В Україні, за офіційними оцінками, в 2010 році поширився такий новий вид наркотичної речовини, як дезоморфін. Кількість осіб, які вживають Цей вид наркотику, коливається, за різними оцінками, в діапазоні від декількох сотень тисяч до одного мільйона людей і набуває Масштабів епідемії. Це пояснюється тим, що дезоморфін має такий же

Ефект, як і героїн, однак у 15 разів токсичніший, проте коштує набагато дешевше та відрізняється порівняно легким приготуванням.

Розвиток науки і техніки привів до створення в лабораторних умовах нових синтетичних наркотиків із потужним впливом і порівнянною дешевиною. Крім цього вони відрізняються винятковою шкідливістю, Однак залежних людей це вже не зупиняє.

Залежно від фармакологічного впливу всі синтетичні наркотики ИЖ::: розділити на 4 основні групи: психоїтимулятори, галюциногени, наркотичні анальгетики, депресанти. Частина синтетичних наркотиків може належати до легальних фармацевтичних препаратів, які використовуються в хірургії для наркозу, у реанімації, практиці купірування невідкладних станів, при симптоматичному лікуванні онкологічних хворих. Застосування і зберігання таких препарати має бути регламентованим відповідно до чинних інструкцій і нормативних документів, які передбачають суворий контроль і облік їх використання.

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання речовин опіоїдного ряду

Тенденції зростання контингенту наркозалежних пацієнтів в Україні простежуються на фоні практично повного перекриття шляхів використання не за призначенням офіційних наркотичних засобів. Так, залежність від наркотичних анальгетиків реєструється в одиничних випадках і обмежується, головним чином, особами, які мають доступ до згаданих препаратів відповідно до своїх професійних обов'язків, а також хворими, які перебувають на пролонгованих програмах знеболювання. Нині, як відомо, у структурі різних видів наркоманій переважає залежність, насамперед, від кустарно виготовлених наркотичних засобів рослинного і штучного походження (екстракти макової соломки, коноплі та ін.). Починаючи із середини 90-х років, стала чітко вимальовуватися ситуація, коли серед контингенту хворих на наркоманію різко збільшується залежність від героїну, кокаїну, амфетамінів, метилендіоксиметамфетаміну («екстазі»), галюциногенів, органічних легких розчинників та інших психоактивних речовин, що поступово веде до зменшення питомої ваги кустарно модифікованих дериватів опію та конопель у структурі загального наркотизму. Нині у споживчому наркопулі прогнозується та відбувається очевидне конкурентне витиснення кустарних опіатів їх синтетичним аналогом – героїном та багатьма лікарськими засобами з опіоїдним потенціалом, модифікованими аптечними наркогенними речовинами.

Поряд із різким збільшенням контингентів наркозалежних хворих спостерігається достовірний клініко-синдромальний патоморфоз опіоїдної залежності вбік більшої злоякісності та прогресивності. Однією з дуже серйозних наркологічних проблем залишається терапевтична резистентність, несприйнятливність і стійкість пацієнтів до реабілітаційних

заходів. Нерідко традиційні підходи та спроби відновлення соціального статусу пацієнтів, десоціалізованих унаслідок споживання наркотиків, виявляються безуспішними. Саме криміногенність і десоціалізація – є основними відмітними рисами нового наркотизму.

Характерно також те, що наркологічні захворювання реєструються, головним чином, серед осіб молодого віку, в тому числі серед дітей і підлітків. До наркотиків усе більше долучаються діти не тільки із груп ризику, але й із соціально благополучних родин. Поступово нівелюється клініко-епідеміологічний градієнт відмінностей чоловічої та жіночої наркопатології. Зростання кількості летальних наслідків при наркотизації, значна схильність хворих на ін'єкційні форми наркоманії до ВІЛ-інфікування актуалізує соціальні аспекти даної проблеми до рангу «реальної геноцидної загрози» для молодого покоління.

Таким чином, можна виділити основні структурні та клінічні особливості трансформації класичних і нових видів наркоманії: явне «омолодження» (з юнацького віку вона знизилася до підліткового), очевидне зростання дитячої наркоманії, блискавичне формування психічної та фізичної залежності, надзлочасний перебіг наркопатології, резистентність до терапевтичних заходів, комбіноване вживання відразу декількох психоактивних речовин, тяжкі постінтоксикаційні наслідки наркотизації, десоціалізація та криміногенність.

Труднощі вирішення багатьох медико-біологічних проблем наркозалежності ускладнюється ще й тим, що нейрохімічні, церебрально-патофізіологічні, психологічні, соціологічні механізми формування залежності від психоактивних речовин дотепер повністю ще не розкриті, тому багато принципів лікування і реабілітації в наркології базуються, в основному, на суто емпіричних підходах.

Крім того, опіюдна наркоманія різко скорочує тривалість життя через ранню смертність. У середньому наркоманія скорочує тривалість життя на 20-25 років і є однією з основних причин високої смертності в державі. Наркопатологія, як правило, уражає людей молодого віку, коли ще ідеаторні компоненти самозбереження повністю не сформувалися, а саморуйнівна поведінка, зумовлена наркотичною ейфоризуючою стимуляцією сфери задоволень швидко та незворотно набуває форми генералізованої, невтримної, некерованої хворобливої пристрасті (залежності). Небезпека опіюдної наркоманії в соціальному плані пов'язана ще й з популярністю даного захворювання, а також із поєднанням її з високим рівнем криміногенності.

У структурі фармакологічних ефектів опіатів виділяють анальгетичні, протишокові, снодійні та ейфоризуючі, які швидко спричиняють розвиток хворобливої пристрасті. Характерною дією опіатів є пригнічення дихання. При введенні невеликих доз опіатів частота дихальних рухів зменшується, їх глибина збільшується, легенева вентиляція знижується; високі дози викликають появу патологічного дихання, його зупинкою. Реалізація центральних ефектів опіатів залежить від виду прийнятого наркотику (кустарно модифікований екстракт опію, героїн, морфін та ін.), дози, толерантності, поєднаних форм уживання психоактивних речовин, соматичного та психічного стану хворого.

Гостре отруєння опіатами в клінічній наркології і токсикології найчастіше зустрічається в молодих людей, які недавно пристрастилися до їх вживання, при передозуванні ін'єкційного препарату. Як відомо, дуже швидко в таких осіб інтенсивність хімічно викликаних приємних, яскравих і комфортних відчуттів, що виникають у відповідь на ін'єкційне введення опіатів («прихід», «кайф» ц на сленгу наркоманів) починає помітно знижуватися. При вживанні героїну хворі можуть відзначати зникнення

«блаженного кайфу» на колишній дозі вже через 2-4 тижні регулярної наркотизації 1'. Для досягнення первинного стану психічного комфорту «у погоні за кайфом» хворі починають підвищувати дозу введеного наркотику і до певного часу це їм вдається. Однак ще через 3-4 тижні триваючої наркотизації первісна ейфоризуюча дія опіатів може повністю зникнути. З метою пошуку колишніх відчуттів і на фоні наростаючих абстинентних розладів, хворі починають несамовито нарощувати дозу наркотику, що вводиться. Саме в цей період найчастіше виникають стани, відомі як «передозування» – гостре отруєння опіатами при перевищенні разової або добової дози відносно до індивідуальної толерантності до наркотику на даний момент. Передозування часто виникає у хворих, які прийняли підвищену дозу наркотику винятково з метою самокупірування наркотичного абстинентного синдрому («розкумарювання» – за жаргонною термінологією пацієнтів).

Відомо, що ризик передозування значно зростає при поєднаному вживанні опіатів з лікарськими препаратами психофармакологічного ряду, іншими психоактивними речовинами, в тому числі алкоголем та антигістамінними препаратами.

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання героїну

Останніми роками відбулися дуже виразні та істотні зміни в структурі, клініці та перебігу опійної наркоманії. Якщо раніше серед споживаних ін'єкційних наркотичних засобів домінували препарати опію, виготовлені з екстракту кустарно модифікованої макової соломки, то вже починаючи із середини 90-х років минулого сторіччя все більшу питому вагу займає такий тяжкий і сильнодіючий наркотик із групи опіатів, як героїн. Масштабність наркотизації героїном і значна кількість хворих, які звертаються по медичну допомогу з приводу героїнової залежності, визначає надзвичайну актуальність заходів щодо профілактики зловживання, лікування та реабілітації таких пацієнтів. Нині, як показує наш досвід, серед госпіталізованих до клініки кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти, стало помітно збільшуватися число хворих на героїнову наркоманію.

Привертає увагу значне омолодження контингенту хворих із героїновою залежністю, підвищена частота криміногенної та девіантної поведінки, висока смертність серед цих пацієнтів. Героїнова наркотизація фактично блискавично знищує задатки позитивної соціальної орієнтації, псує інстинкт самозбереження підлітка, який припиняє інтелектуально розвиватися, втрачає здатність до творчої діяльності, втрачає досягнуті життєві позиції, втягується в протиправне існування, стає «баластом суспільства». На фоні вживання героїну стрімко формується виражена психопатизація особистості з наступною деградацією і морально-етичним зниженням, ауто- і гетероагресивними тенденціями. Подібні порушення пов'язані не тільки із психофізіологічними механізмами героїнової залежності, але й чималою мірою обумовлені тяжкою токсичною дією самого героїну, який спричиняє органічне ураження центральної нервової

системи та пригнічує повноцінну діяльність життєво важливих органів. Стрімко зростає кількість ВІЛ-інфікованих хворих на героїнову наркоманію. Даний вид наркоманії значно актуалізується як в Україні, так і в інших країнах СНД. У зв'язку із цим, вивчення регіональних особливостей клініки, патогенезу, нових підходів до лікування психічних і поведінкових розладів унаслідок героїнової інтоксикації є одним із актуальних завдань сучасної наркології.

Характерно, що ретроспективне зіставлення спостережуваних «вітчизняних тенденцій» та їх оцінка в регіонально-історичному аспекті виявляє загальне повторення динамічних особливостей трансформації наркологічних проблем у західних країнах. Особливо актуальною проблемою сучасної наркології та соціології в Україні, як і в багатьох інших країнах, є героїнова наркоманія (шифр за МКХ-10: F 11 – «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів»). Героїн належить до групи психоактивних речовин, здобутих із снодійного (опійного) маку або синтетичних препаратів із морфіноподібною дією. Серед синтезованих похідних морфіну особливо виділяється саме героїн (група напівсинтетичних і синтетичних опіатів), який має надсильну наркогенність. Відповідно до міжнародних конвенцій, а також згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 6 травня 2000 року «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», героїн належить до речовин (Список №1), заборонених до виробництва і використання в медичній практиці з огляду на те, що він має найвищу наркогенність, тобто здатність викликати швидку, блискавичну залежність організму. Тому, на відміну від інших наркотичних засобів, для героїну не встановлений критерій «невеликої кількості», виявлення якої в затриманій особі не Підпадає під каральну дію Кримінального кодексу. «Великою кількістю» є від 1,0 до 10,0 г героїну, а «особливо великою» – понад 10,0 г. Можна вважати закономірним, що всі

опіати в хронології своєї появи й поширення пройшли етапи використання в народній і практичній медицині як лікарські засоби, тобто в кожного з них був початковий період легального використання, після чого через наявність ейфоризуючого та адиктивного потенціалу поширювалося немедичне їх споживання. Так, виділений з опію в 1803 р. морфін дотепер залишається одним з ефективних і основних офіційальних наркотичних анальгетичних засобів при тяжкому больовому синдромі.

Героїн був синтезований в 1874 р. і певний час у деяких країнах його також використовували в медичній практиці як засіб інтенсивної терапії. Однак за масштабним поширенням немедичного використання опію, морфіну та героїну, коли тяжкі медики-біологічні та соціальні наслідки ставали очевидними, починалося законодавче переслідування нелегального виготовлення, поширення та немедичного використання опіатів. Історія з героїном завершилася повною забороною його офіційного використання в клініці та експерименті в більшості цивілізованих країн, починаючи з 1924 р. Інші ж опіати (морфін, кодеїн та ін.) свій фармакопейний статус, значущість і місце в арсеналі дозволених наркотичних лікарських засобів зберегли дотепер, однак їх використання в усіх країнах, як відомо, здійснюється при суворому контролі та при відповідних медичних показаннях.

Слід зазначити, що актам контролю над опіатами в деяких регіонах певну протипагу створюють стійкі традиції життєво-культурного укладу етнічних громад, згідно з якими не засуджується вживання деяких опіатів (наприклад, із приводу весілля, для зняття відчуття втоми при виснажливій фізичній праці або з лікувальною метою при кашлі, безсонні, діареї, депресії). Так, за даними А. В. Погосова, П. К. Мустафетової, до таких наркотиків належить кокнар, вживання якого поширено в осіб літнього і похилого віку по всій Азії. Подібні традиції ініціюються суспільною думкою про те, що використання традиційних опійних наркотиків (опій-сирець) і

традиційних способів їх введення (опіофагія, опіокуріння) має меншу медичну та соціальну небезпеку. Кокнар становить розчин для прийому внутрішньо, одержуваний зі адрібнених до порошкоподібного стану голівки та верхньої частини стебла опійного маку, заварених окропом. Безумовно, дані традиції є прямим чинником ризику поширення опійної наркоманії.

Вважається, що виробниками героїну як найнебезпечнішого (тяжкого) наркотику є «підпільні лабораторії» багатьох західних країн. На думку І. П. Руценка, в Україну хімічно чистий героїн, вироблений у лабораторіях або в промислових умовах, потрапляє контрабандним шляхом.

Крім толерантності, до основних синдромів героїнової наркоманії належать психічна та фізична залежності. Якщо при прийомі опію фізична залежність може сформуватися за 10-20 днів, то для героїнової наркоманії це може бути за 2-3 дні щоденного вживання героїну.

Психічна залежність являє собою нав'язливе прагнення безупинно або періодично приймати наркогенний препарат для того, щоб випробувати певні, уже відомі відчуття, або зняти явища психічного дискомфорту. Феномен психічної залежності багато в чому обумовлений нав'язливими спогадами, уявленнями, мріями про раніше випробувані миті «кайфу», «приходу», «ейфорії», що й обумовлює характерне поведінкове обрамлення («шукаюча поведінка» – постійний пошук препаратів і приводів для наркотизації. Психічна залежність існує при всіх формах наркоманії і токсикоманії, і є найсильнішим фактором у який сприяє систематичній, хронічній інтоксикації. Однак при героїновій наркоманії період для лікарської клінічної ідентифікації психічної залежності вкрай малий, оскільки швидко формується залежність фізична.

Якщо встановилася схема (ритм, система) пошуку та введення героїну, це вже фізична залежність («сів на схему»), при якій має місце стан патологічної перебудови всієї функціональної діяльності організму _

відповідь на хронічне споживання наркотику. Виникають інтенсивні фізичні та психічні порушення щоразу, коли прийом наркотику припиняється або його дія нейтралізується специфічними; антагоністами (синдром відміни, Синдром позбавлення, стан депривації, абстинентний синдром). При героїновій наркоманії через 6-18 годин після останнього введення наркотику з'являється наркотичний голод, клініка якого включає компульсивні форми потягу, пригнічений настрій, дратівливість, млявість, тривожність, неадекватне освітленню розширення зіниць, очі, що сльозяться, чихання, нежить, слинотечу, озноб, пітливість, «гусячу шкіру», потім – напруження м'язів спини, рук і ніг. Підсилюється почуття тривоги, фізична слабкість, з'являються тахікардія, аритмія, почастішання дихання, підвищується температура тіла, виникають нудота, блювання, понос, тремор, до яких через 24 години приєднуються болі в м'язах спини, виламуючі болі м'язів рук і ніг, зведення жувальних м'язів. Далі (через 48-72 години) з'являються нестерпні болі в животі, попереку, суглобах, в ділянці серця, зведення литкових м'язів, свербіж, печіння, зубний біль, цефалгія. У цьому стані хворі неспокійні, непосидючі, настирливі, метаються, дають непередбачені історичні реакції, схильні до агресії та суїциду. Отже, локалізація і ступінь виразності больового синдрому при героїновій наркоманії досить поліморфні та варіабельні (цефалгія, гастралгія, кардіалгія, гепаталгія, абдоміналгія, міалгія, радикулалгія і денталгія). Нерідко больовий синдром героїнового генезу з обтяженням абстинентного синдрому, починаючись із однієї одиничної монолокалізації охоплює нові ділянки, досягаючи феномена паналгії. Апетит повністю відсутній. Нерідко з метою добитися від лікаря призначення сильнодіючих фармакологічних препаратів хворі симулюють або агравують гостру соматичну патологію з больовим синдромом (напади ниркової кольки, жовчнокам'яної хвороби, напади болів у ділянці серця тощо).

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин класу галюциногенів

- **Загальна характеристика галюциногенів**

Сфера компетенції наркології постійно розширюється. Наркологічна клініка передбачає специфічні особливості, що відрізняють її навіть від клінік інших псих дисциплін; вона виявляє виражені тенденції до схрещення з соціальною медициною і правоохоронною мережею, а також з клінічною і соціальною фармакологією. Стан речей в наркології визначається прогресуючим розширенням круга доступних до вживання наркотичних засобів зі все зростаючою долею високоактивних синтетичних агентів (т. з. «дизайнерські наркотики»), що належать до класів психостимуляторів і галюциногенів («психоделіків»), одночасно з полегшенням шляхів їх отримання (анонімні поштові служби не підлягають ревізії).

Вказаний процес детермінований як загальними тенденціями до глобалізації, що забезпечують існування єдиного інформаційного простору, так і законодавчими заходами по контролю над оборотом наркотичних речовин, ґрунтованими на приліченні того або іншого агенту до переліку наркотичних засобів за критерієм його хімічної структури. Ґрунтуючись на законодавчих обмеженнях, виробники синтетичних наркотичних засобів використовують т. з. «плаваючу формулу», з метою діставання доступу на ринок збуту, минувши пряме порушення правових норм, що де-факто означає періодичну зміну хімічної структури вироблюваного агенту вже після внесення його в

реєстр наркотичних речовин. Це призводить до формування полу синтетичних наркотичних речовин, що мають різну хімічну структуру, що визначає відмінності у біологічному ефекті, адиктивному потенціалі, фармакодинамічних і фармакокінетичних характеристиках, що динамічно змінюється і надзвичайно різноманітного, що супроводжується також і навмисним потенціюванням їх біологічного ефекту з метою підвищення рентабельності їх транспортування.

Серед яскравих наслідків цього процесу – що почалося на території України в 2006–2008 роках різке підвищення вживання синтетичних канабіноїдів, зокрема – курільних сумішей під брендом «Spice» (рослинна сировина, просочена високоактивними хімічними агентами), що поширювалися під виглядом пахошів через інтернет-магазини із службою доставки, а через короткий час, в силу недосконалості законодавчих норм, доступний для роздрібної торгівлі приватний підприємець, що обернувся різкою зміною соціальної характеристики контингенту споживачів.

Вказаний процес детермінований як загальними тенденціями до глобалізації, що забезпечують існування єдиного інформаційного простору, так і законодавчими заходами по контролю над оборотом наркотичних речовин, ґрунтованими на залученні того або іншого агента до реєстру наркотичних засобів за критерієм його хімічної структури.

Ґрунтуючись на законодавчих обмеженнях, виробники синтетичних наркотичних засобів використовують т. з. «плаваючу формулу» (структуру речовини в якій та або інша хімічна група штучно, частіше випадковим чином, модифікується, дозволяючи заявити про відмінність

знову отриманого з'єднання від забороненого), з метою діставання доступу на ринок збуту, минувши пряме порушення правових норм, що де-факто означає періодичну зміну хімічної структури вироблюваного агенту вже після внесення його в реєстр наркотичних речовин. Ця практика призводить до формування полу синтетичних наркотичних речовин, що реалізуються під єдиною назвою, що динамічно змінюється і надзвичайно різноманітного, але що мають варіабельну хімічну структуру, що визначає відмінності у біологічному ефекті, потенціалі наркогенну, фармакодинамічну і фармакокінетичну характеристиках, що супроводжується також і навмисним потенціюванням їх психотомиметичних ефектів з метою підвищення рентабельності виробництва. Викликаючи відстрочені затяжні шизофреноморфні психотичні стани галюцинаторно-параноїдної структури з вираженим психомоторним компонентом переважно в контингенті осіб з благополучним анамнезом у віці 18 – 25 років, курильні суміші «Spice» стали тригером масового розвитку первинних психотичних епізодів. Цей клас психоактивних речовин (ПАР) поставив перед клінічною психіатрією дилему диференціації дебюту ендогенного процесу і екзогенного шизофреноподібного психотичного стану внаслідок прийому ПАР.

У рамках періоду 2010–2014 роки відбувається розвиток інтернет-інфраструктури транспортування і доставки споживачеві синтетичних канабіноїдів, «Spice» знову стають вуличним наркотиком, поширюючись в середовищі школярів і студентів, як найбільш активних інтернет-користувачів, що звертаються вже не на пряму до торгових майданчиків,

але до анонімних посередників, представлених в співтовариствах соціальних мереж.

В Україні в 2017 році блокування доступу до російськомовних соціальних мереж, а раніше, в 2014 році, масове блокування доступу до інтернет-співтовариств, що центруються на темі ПАР у зв'язку з посиленням контролю за інтернет-контентом в РФ, а також переходом соціальної мережі «ВКонтакте» з приватних рук у власність лояльної до уряду «Mail.Ru Group», починаючи з 2014 року, привела до необхідності пошуку нових шляхів поширення.

На момент 2017 року в Україні цю нішу займає сервіс обміну повідомленнями «Telegram», однією з особливостей якого є забезпечення анонімності і шифрування повідомлень, а доставка наркотичного засобу здійснюється шляхом продажу інформації про місце положення заздалегідь залишеного тайника. Про популярність цього механізму поширення наркотичних засобів можна наочно судити по тому, що нині, у більш-менш великих містах СНД, мабуть, більше не залишилося фасадів будинків, що не мають на собі графіті, що розпочинається з символу «@» – стандартного способу запису адреси в мережі «Telegram» (рис. 1).

Таким чином, в умовах прогресуючого розширення кола доступних до вживання наркотичних засобів, найважливішими завданнями психіатра і нарколога є своєчасне отримання актуальних даних що відносяться до характеру психотропного і біологічного ефектів наркотичних і ПАР, їх локальної поширеності і епідеміології, місці в культурі і соціальному середовищі. Якою б не була прірва відмінностей між лікарем і пацієнтом, борг і обов'язок лікаря – використати свої знання і сили на побудову

моста взаєморозуміння, матеріалами якому часом служать маргінальні і гротескні аспекти суспільства, до яких відносяться знання побуту і культури залежних осіб.



Рис. 1. Адреса інтернет-співтовариства в мережі «Telegram», що спеціалізуються на продажі ПАР

Психотропні речовини класу галюциногенів відрізняються від інших тим, що їх адиктогенний потенціал вважається невисоким, а стани фізичної (хімічної) залежності практично не описані. Проте, проблема вживання цієї групи ПАР стоїть надзвичайно гостро, що пов'язано з:

а) наявністю субкультури споживачів так званих «психоделіків», особи, що входять в яку декларують бажання «розширити горизонти свідомості», отримати «трансцендентальний» досвід;

б) наявністю додаткових ейфоризуючих і/або стимулюючих ефектів, що викликають позитивний суб'єктивний досвід вживання галюциногенів, що, у свою чергу, все ж може обумовлювати формування адикцій. На рисунку 2 зображено «класичний» спосіб вживання найвідомішого галюциногену – ЛСД.

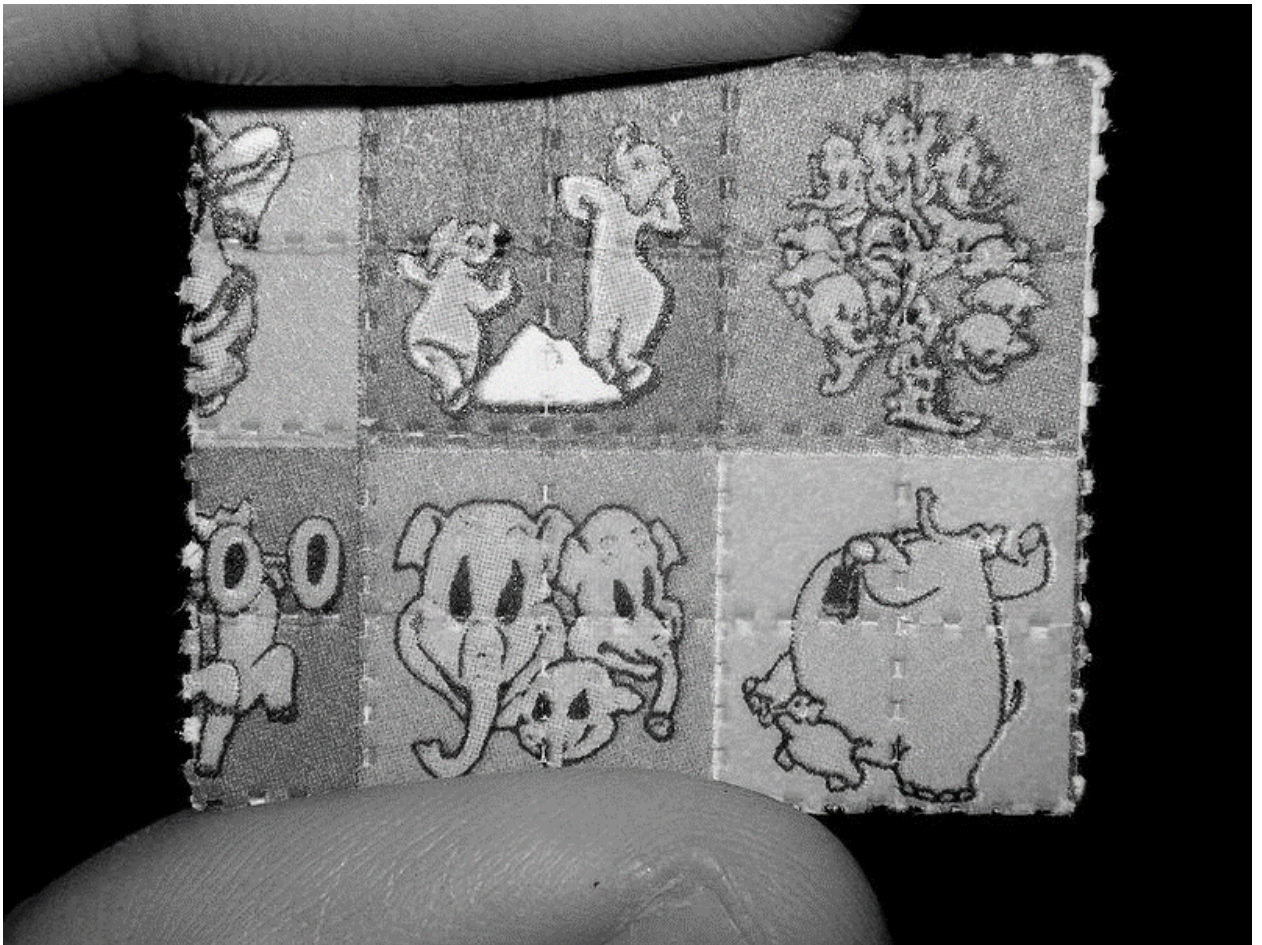


Рис.2. «Класичний» спосіб вживання ЛСД – розсмоктування «марок» попередньо просякнених у ПАР.

У цьому тексті ми свідомо не зупиняємося на «тривіальних» (широковідомих, всюди описаних і вивчених) ПАР, таких як: ЛСД (діетиламід d-лізергінової кислоти), мескалін, «екстезі» (MDMA) і інших, оскільки вони мають велику літературу, більш ніж з піввіковою історією, доступну в офіційних перекладах на будь-яку зі світових мов.

Ми, навпаки, зосередили увагу на маловідомих в наркології і психіатрії речовинах, які, проте, мають широке поширення і навіть популярність в серед специфічних груп споживачів ПАР.

Так похідні фенілетиламіна і триптаміна, ті, що є «психоделіками» і властивостями «ентеогена», що володіють у ряді випадків, користуються популярністю в субкультурі споживачів прагнучих «розширити горизонти свідомості», отримати «трансцендентальний» досвід.

Синтетичні агоністи канабіноїдних рецепторів, що входять до складу курильних сумішей, – придбали масове поширення завдяки ейфоризуючим і стимулюючим ефектам, тоді як ефект галюциногена, що призводить до «зміненого стану свідомості», у ряді випадків – пропсихотичний, для основної маси їх споживачів ставати «побічним».

• Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання похідних фенілетиламіну

Фенілетиламін (2-фенілетиламін, фенетіламін, β -фенілетиламін, 1-аміно-2-феніл-етан) – хімічна сполука, що є початковим з'єднанням для деяких природних нейромедіаторів, а його похідні є психоделіками і стимуляторами. Фенілетиламін робиться в організмах багатьох живих істот, від рослин до ссавців, у тому числі і в організмі людини, але популярність в якості прекурсора ПАР з ефектом переважно галюциногена («психоделіки») він отримав в результаті досліджень біохіміка Олександра Шульгіна. У 1960-

х роках в США А. Шульгин начал дослідження відомих препаратів галюциногенів (псилобіцин, ЛСД, мескалін), згодом змістивши акцент на «дизайнерські препарати» власної розробки. Результатами його роботи став синтез і дослідження ефектів великої кількості кількості ПАР – похідних триптаминоів і фенілетиламіну. Широку популярність на пострадянському просторі йому принесли його автобіографічні книги «Фенетіламіни, які я упізнав і полюбив» і, менш відома – «Триптаміни, які я упізнав і полюбив».

Найбільш відомими є сімейства ПАР – похідних фенілетиламіну 2С* і 25-NB (NBOMe) об'єднувані в російськомовному співтоваристві споживачів «психоделіків» назвою сленгу «Шульгіни». Вказані групи речовин є так звані «психоделіками» – речовинами що змінюють сприйняття (що дозволяє віднести також їх до традиційного класу «галюциногенів») і впливають на емоційний стан і багато інших психічних процесів. Загальною рисою «психоделіків» є їх здатність призводити до «зміненого стану свідомості», що супроводжується непрогнозованим суб'єктивним досвідом. Не дивлячись на те, що прийом «психоделіків» вважаються безпечними в плані виникнення залежності, навколо цього класу ПАР сформувалася досить ізольована субкультура осіб, що їх, що систематично вживають як з рекреаційними цілями, так і претендуючи на отримання особливого сенсорного і когнітивного досвіду «розширення свідомості».

Детальніше слід зупинитись на декількох ПАР – похідних фенілетиламіну, які нині відносно доступні і поширені на території України.

Родина «2С*» об'єднує близько 30 похідних фенілетиламіну. Назва «2С», дана сімейству А. Шульгиним і є акронімом 2 атомів вуглецю між бензоловим кільцем і аміногрупою прекурсора. Детальніше слід зупинитися на декількох ПАР цього сімейства, які нині доступні і відносно поширені на території України.

2С-в або 4-бромо-2,5-диметоксифенетіламін (назва сленгу після фонетичного співзвуччю «Сибір»). Препарат 2С-в вживається внутрішньо, дія 2С-в строго залежить від дозування. Необхідний об'єм препарату надзвичайно малий. У описі РІНКАЛ вказаний Шульгіним діапазон дозування змінюється в межах від 16 до 24 мг. «Вуличний» 2С-в, поширюється у вигляді просочених розчином препарату паперових носіїв (так званих «марок» – яскраво забарвлених прямокутних шматочків паперу) – для сублінгвального прийому; у вигляді порошку або розчину для інтраназального прийому, тому дуже складно точно визначити, скільки препарату міститься в носії.

Приведемо відредагований фрагмент самоописання ефекту середньої дози 2С-в, (так званий «трип-репорт», від англ. – «звіт про подорож»), отриманий при аналізі тематичних інтернет-співтовариств.

«Вживаючи 2С-в, я переживав найрізноманітніші відчуття. Після невеликої дози «музейного рівня» я переживав такі відчуття, які просто не піддаються опису. Це відбувалося, коли я трохи збільшував дозу, при якій починали проявлятися унікальні властивості цієї речовини. З'являється величезна кількість фізичної енергії. Візуальна картина може бути незвичайною з дуже яскравими кольорами і хитромудрими повтореннями і, здається, пронизана електрикою. Один раз видіння представляли з себе щонайповніший хаос, який поступово перетворювався на частину величезного простору з космічним порядком. Після хорошої дози 2С-в я просто міг годинником лежати на спині і подорожувати по своєму розуму.

В деяких випадках 2С-в давав мені можливість бачити те, що я б назвав «складовою» або «машинною» мовою розуму. Наприклад, коли ви бачите цифру 3, то зазвичай намагаєтеся ідентифікувати цей символ як число 3 і зрозуміти його значення в контексті того, що ви бачите. У звичайній ситуації тисячі нейронів беруть участь в уявній ідентифікації і інтерпретації символу і

у встановленні відповідності з числом, що зберігається в пам'яті, 3. Перебуваючи під впливом 2С-в, я бачив, що тільки 80-90% цього розумового «сигналу» повертається як число 3, а інші 10-20% пов'язані з якоюсь іншою областю свідомості або проходять через закриті синапси і так далі. Я виявив, що усвідомлення «складової» мови розуму є одночасно інтуїтивним і смішним.

Препарат 2С-в вважається емпатогеном і багато, хто приймав його, розповідали про сильні і нестійкі емпатичні переживання. Тільки у 25% випадків мого досвіду вживання 2С-в я випробовував сильні емпатичні переживання. Проте я вважаю цю емпатогенну властивість препарату дуже глибокою. 2С-в дозволяє мені постійно випробовувати різні типи відчуттів.

З іншого боку, вживання 2С-в має тенденцію до появи почуття «пригніченості». Коли людина приймає велику дозу 2С-в, його здатність до прийняття всього, що представляє його розум, без спроб відштовхнути небажані думки, скорочує вірогідність неприємних відчуттів. Схоже, 2С-в також створює постійне слабе збудження або втручання в мозку. Я помічав це, коли намагався заспокоїти мій мозок, щоб помедитувати або послухати музику».

2С-і або 2,5-диметокси-4-йодофенетіламін. Середнє дозування для перорального застосування у 2С-і складає 10-25 мг. Дія його починає проявлятися через 15-20 хвилин після вживання. Пік активності триває близько 5-8 годин, після чого йде спад тривалістю 4 години. За суб'єктивними відчуттями деяких споживачів речовини, 2С-і схожий на свій аналог 2С-в, проте має тривалішу дію, менш різкий початок, меншою емпатією, але більшою ментальною глибиною. Може спостерігатися стимулюючий ефект.

Приведемо відредагований фрагмент самоопис ефекту високої дози 2С-в, отриманий при аналізі тематичних інтернет-співтовариств.

«Пробували 2С-і – 100 мг. на трьох. П'ять-сім годин до прийому не їли. У мене перші [візуальні спотворення] почалися через хвилин 45, у інших за годину з невеликим – шпалери морщитися почали, кольори міняться. Години через півтора ми усі випробовували повну дію речовини. Увечері, як стемніло, вирішили йти на вулицю, в парк. Перші 4-5 годин холод не відчувався. Сильної стимуляції не було, просто впродовж ночі в сон не тягнуло. Сторонніх ефектів практично не було, окрім розширення зіниць. Тепер безпосередньо про дію 2С-і: потужні, різнобічні, але не висмикуючі з реальності [візуальні спотворення]. Легка синестезія. Свідомість (спосіб мислення) не змінилася, або змінилося не значно. Хоча з боку ми виглядали, я думаю дуже неадекватно – різкі рухи (шарахалися від найбільш яскравих [візуальних образів]), періодичні напади [неконтрольованого] сміху і тому подібне. А незначна зміна свідомості, мабуть, обумовлена саме яскравістю [візуальних образів].

Також під [дією] 2С-і можна, що для себе зрозуміти – якщо замислитися. Основна дія тривала годин 7-8. 2с-е або 2,5-Диметокси-4-етіл-фенілетиламін. Середнє дозування знаходиться в діапазоні 10-20 мг при пероральному прийомі. При інтраназальному вживанні дозування не повинне перевищувати 5 мг. Інтраназальний прийом викликає інтенсивні больові відчуття «паління» в носовій порожнині. Ефекти 2С-е зазвичай тривають від 6 до 10 годин, а пік дії досягається приблизно через півтори години після прийому. Легеня зміни сприйняття може спостерігатися навіть наступного дня після прийому. 2С-е викликає сильну синестезію, зміни слуху, світосприйняття, а також яскраві візуальні ефекти. У малих дозуваннях візуальні ефекти слабо виражені і спостерігаються тільки із закритими очима. Навпроти візуальні ефекти від великих дозувань достатні сильні і проявляються навіть з розплющеними очима. Часто із-за геометричної складності і кількості кольорів їх порівнюють з візуальними ефектами LSD близьких йому речовин. Дуже рідко в репорт описується ейфоричний ефект,

властивий іншим фенетіламіни. Багатьом досвід пережитий з цією речовиною здається досить складним. Як і всі психоделіки, 2С-е сильно змінює сприйняття. Відмінна риса цієї речовини в тому, що при сильних візуальних і звукових викривлення, людина може відчувати себе відносно тверезим. Дія речовини сильно залежить від його дозування і способу застосування. Наведемо фрагмент самоопису ефекту 2С-е за авторством А. Шульгіна з його книги «фенетіламіни, які я дізнався і полюбив».

«Вид за вікном був нереальний. Сад був намальований на вікні, і кожна пелюстка квітки, пучок трави і лист дерева був акуратно завдано тонкими штрихами олійних фарб на поверхню скла. Це було не зовні: воно було прямо тут, навпроти мене. Жінка, поливати квіти, здавалося, була заморожена, завмерша пензлем Вермеєра. Коли я подивився знову, вона була вже в іншому місці, але знову заморожена. Я був приречений стати вічним глядачем музею». Крім згаданих 2С-б, 2С-І і 2С-е, також, хоча і в меншій мірі, поширені і інші різновиди ПАР даного сімейству: 2С-h, 2С-с, 2С-р і деякі інші.»

Відмінності між біологічними ефектами ПАР даного сімейства стосуються інтенсивності впливу на психічні функції (при подібному профілі ефектів), а також, що найбільш значно – стимулюючу або седативну дію.

Сімейство 25-NB (NBOMe) являє собою сімейство серотонінергічних психоделіків. Вони є заміщеними фенілетиламін і отримані з сімейства 2С *, діють як селективні агоністи рецептора серотоніну 5-HT_{2A} і є незвичайно ефективні і високоселективний для даного рецептора. Біологічні ефекти сімейства речовин 25-NB (NBOMe) залежать від того похідними якого іменного ПАР з сімейства 2С * є конкретне речовина сімейства 25-NB

(NBOMe). На рисунку 3 приведено ілюстрацію авторського бачення психоделічного ефекту 25I-NBOMe.

Наведемо відредагований фрагмент самоопису ефекту середньої дози 2C-i-NBOMe (синтезується з 2C-i), отриманий при аналізі тематичних інтернет-спільнот:

«Через півгодини лежання на дивані, починаю юлозити, важко заспокоїтися, хвилями накочуються потоки думок. Квіти на шпалерах грайливо звиваються. Мене долає жахлива параноя, я починаю на ватяних ногах мало не бігати по квартирі. В голові починаю чути голоси, постійно здається, що хтось плескає дверима, або що дзвонить телефон. Так як на вулиці похмуро я періодично включаю-вимикаю світло в кімнатах. Варто мені сісти або лягти, як тут же мені здається що з-за рогу за мною підглядають, тому доводилося безперервно ходити і кружляти, щоб ніхто не зайшов зі спини. І тут я «чую» голос з-за вхідних дверей, який вибачається, і обіцяє більше мене не турбувати. Я відповів: «Дякую» і ліг на диван.

Різка нудота, ледве встигаю добігти до туалету. В голові знову звучать вибачення за завдані незручності. Відразу після «чистки», я сідаю на підлогу, закриваю очі і вирушаю в подорож крізь час і простір. Я вже не людина, а якийсь вищий розум, примхливий, розпещений, я був з самого початку, і буду існувати завжди, для мене людські життя це піщинки які прослизують піском між пальців. В голові безліч голосів, і всі хочуть дізнатися хто я такий, люди вмирають, так і не збагнувши це. Я бачу себе з боку, я представляю собою, що світиться еліпс, від якого виходить світло всіх кольорів і відтінків, роки і століття проносяться крізь мене. Я володію всіма знаннями всесвіту, але розумію, що людська мова занадто бідний для того, щоб ними поділитися. А люди все також старіють і немічне вмирають в невблаганний потоці часу.»

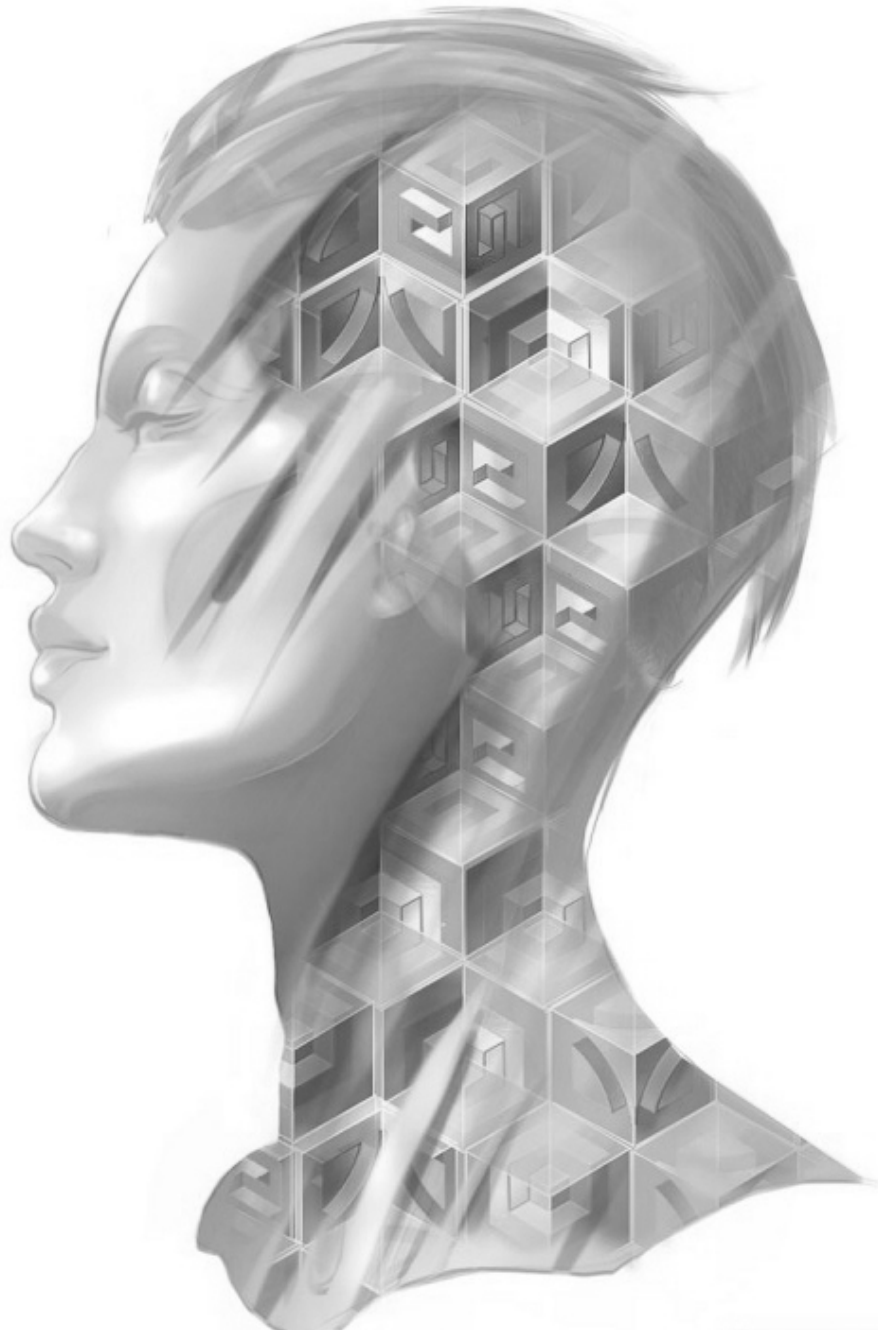
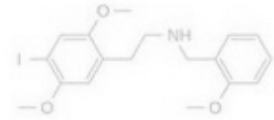


Рис. 3. Автор: Брайан Поллетт – 20-річний графічний дизайнер, який також відомий під псевдонімом Pixel-Pusha. Авторське бачення психоделічного ефекту 25I-NBOMe. Авторський коментар: «Трохи важко прийняти, хоча і коштує занепокоєння, коли стіни навколо вас перетворюються в постійно мінливий пул вірогідностей»

«Розплющивши очі, я бачу себе в дзеркалі, я сам ніби постарів, весь висох. Встаю, йду вмиватися холодною водою, голоси в голові не замовкають, і весь час звинувачують мене що я їм не допомагаю. Не витримавши їх тиску, я плачу, кажу, що я нічого не можу зробити, і нехай вони відстануть від мене. Я майже нічого не бачу, все навколо просто мазня з фарб якихось попелястих відтінків, як ніби весь світ намалювали, притому величезним валиком. В голові чорнуха і думки про смерть. Моє життя нічого не коштує.

Вся людська історія здається нічим не краще накипу в чайнику. І хто я такий, щоб, щось зрозуміти в цьому житті. І в найважчий момент, раптом тиша, всі голоси замовкли, а кольори навколо змінили відтінок, тепер все стало приємно бузково-зеленим. І я усвідомлюю, що людина ніколи не втомиться захоплюватися світом навколо нього, настільки він багатий і безмежний. І навіть якщо моє життя у всесвіті всього лише епізод, це не привід для смутку.

Раптом чую на кухні якийсь шум, йду туди і виявляю на підвіконні метелика розміром напевно сантиметрів 8 в розмаху крил (до речі тоді я цього не помітив, але на кухні не було відкрито вікно, так що як вона туди потрапила – загадка). Акуратно піймавши її, я пішов на балкон. На вулиці невимовно гарно. Після дощу виглянуло сонечко, і метелик сиділа у мене на пальці і не хотіла летіти, дивлячись на мене, через кілька хвилин я підняв руку і вона все таки полетіла. Увійшовши назад в кімнату, зрозумів що шпалери, ламінат, і все інше ожили. Під ногами ціла річка рухомих фарб».

ДОБ (скорочення від 2,5-диметокси-4-бромоамфетамін) – психоделік фенілетиламінового класу. Також можливе використання інших скорочень (DOB, bromo-DMA, 4-bromo-DMA). Синтезований американським біохіміком А. Шульгіним в 1967 році.

Точний механізм біологічного ефекту Доба недостатньо вивчений, проте, встановлено, що його психотропні ефекти обумовлений агонізм 5-HT_{2A}-рецептора.

У книзі «Фенілетиламін, які я дізнався і полюбив», О. Шульгин вказує дозування ПАР: від 1 до 3 мг на добу. Складність дозування ДОБа при його нерегульованому вживанні полягає в тому, що дана речовина поширюється в вигляді «марок», або таблеток (використовуються гліцин та інші «умовно нейтральні» за ефектом препарати) просочених розчином ПАР, в першому парування під виглядом ЛСД, у другому – під виглядом різних рекреаційних наркотиків з переважаючим ейфорізуючу ефектом. Деякі споживачі ПАР побоюючись випадково прийняти дану речовину під виглядом шуканого, орієнтуються на органолептичні властивості носія: в разі, якщо папір або таблетка просякнута розчином ДОБа, то вона має різкий гіркий смак. На рисунку 4 приведено ілюстрацію бачення психоделічного ефекту ЛСД.

Дія починається приблизно через годину після прийому препарату і поступово посилюється ще 3-4 години, продовжуючись, в окремих випадках, до 30 годин. Зовні можуть з'являтися раптові напади сміху, схожі на ефект від марихуани, однак більш сильні і практично неконтрольовані. Суб'єктивні ефекти Доба можливо вивчити на матеріалі самоописів, активно обговорюваних у тематичних інтренет-спільнотах.



Рис. 4. Автор: Брайан Поллетт – 20-річний графічний дизайнер, який також відомий під псевдонімом Pixel-Pusha. Авторське бачення психоделічного ефекту діетиламиду лізергінової кислоти (ЛСД). Авторський коментар: «Я ніколи не був настільки вільний, як ніж після усвідомлення все, що я є – [ніщо]»

Наведемо відредагований фрагмент самоопису ефекту від (сублінгвального) прийому ДОБ:

«00:20 – характерне печення і оніміння мови.

00:40 – марка розтанула, [психотропних] ефектів 0.

01:30 – нічого не зрозумію, [хоча] знаю, [що] ДОБ «розкриває [ся]» довго.

02:00 – почало кидати в жар, потім пішли «мурашки».

2:30 – тіло почало німіти, особа, рот, язик. «Кружляти» став візерунок на килимі і стінах ... [ефект посилюється кожну хвилину].

03:00 – зацікло все тіло: ноги, мову і особа особливо. Стіни дихають разом зі мною ... У темряву коли заходиш – [виникають] спалаху, яскраві і різні.

04:00 – «досяг плато» [періоду стабільного ефекту речовини]. Сказати що «пре», [значить] не сказати нічого. Все навколо в блискітками приховано, [неначе] візерунки калейдоскопа пересувалися. На підлозі, ніби все мокре, стіни теж: то – скло, то – вода і все різнобарвне в цей час.

05:00 – [мучить спрага], [ефект надзвичайно сильний] виникають думки комусь подзвонити й покликати [від страху «зійти з розуму»]. 6:00 – ефект слабший не став, зацікло особа і взагалі тілом [нічого] не відчувається, коли стоїш на ногах, хитається і кружляє в узорах, ніби [на] кораблі. ... підлогу хитається і стіни, предмети штовхнути можуть, поплисти як водоспад ».

- **Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання похідних триптаміну**

Триптамін – моноамінів алкалоїд, похідне індолу, виявляється в рослинах і організмах тварин, передбачається, що триптамін грає роль нейромедіатора і нейротрансмітера в головному мозку ссавців. Хімічно схожий з амінокислотою триптофан.

Як галюциногенів найбільш відомі два ПАР, які є його похідними: псіхоцібін і диметілтриптамін (ДМТ).

Від похідних фенілетіламіна сімейств 2С * і 25-NB (NBOMe) і ДОБ, похідні триптаміну відрізняються меншою тривалістю біологічного ефекту і суб'єктивним якістю викликати сильні екзистенційні переживання, що пов'язують з наявністю природних регуляторних систем, в яких беруть участь ендогенні похідні триптаміну, зокрема – диметілтриптамін, який виробляється епіфізом в фазі швидкого сну.

Псилоцибін (4-фосфорілокси-N, N-диметілтриптамін) – природний алкалоїд грибів роду *Psilocybe* (звідки виходить назва речовини), в менших кількостях міститься в деяких інших видах грибів.

Психоделічні властивості псіхоцібіна традиційно використовувалися в примітивних культурах в практиках шаманізму як «ентеогенні» («ентеогени» – ПАР, традиційно використовуються для досягнення зміненого стану свідомості з спірітуальним конотаціями і призводять до сп'яніння).

Механізм дії псилоцибіна не до кінця зрозумілий, але найбільш ймовірним є опосередкований вплив на серотонінові рецептори 5-HT_{2A}. При високих дозах є помітний вплив на норадреналінового рецептори.

На рисунку 5 зображено малюнок митця, що описує своє бачення психоделічного ефекту псилоцибіну. На рисунку 6 представлено автопортрет іншого митця, що демонструє своє бачення психоделічного ефекту псилоцибіну.



Рис. 5. Автор: Брайан Поллетт – 20-річний графічний дизайнер, який також відомий під псевдонімом Pixel-Pusha. Авторське бачення психоделічного ефекту псилоцибіну. Авторський коментар: «Ніщо не триває, але ніщо не втрачено...».

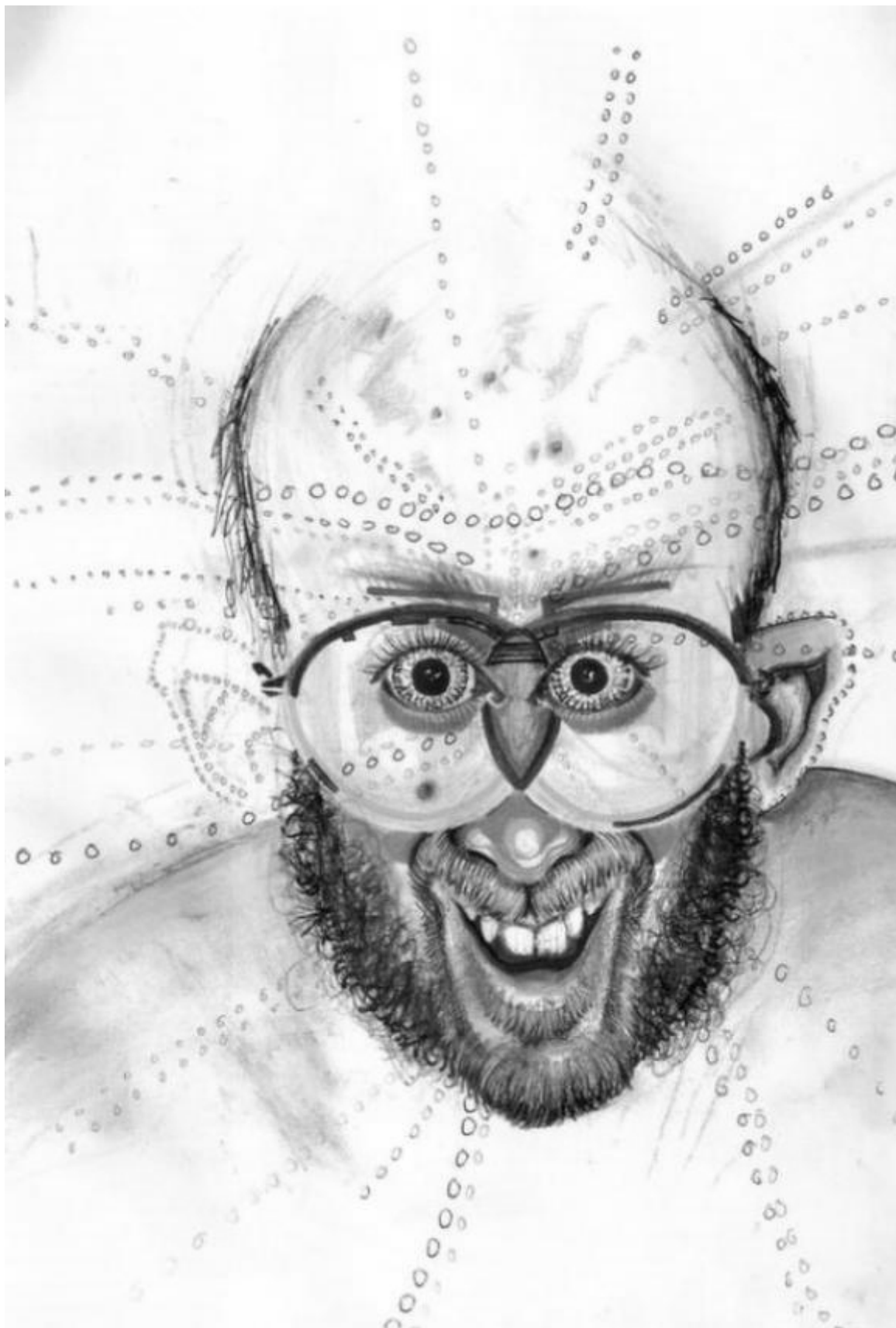


Рис. 6. Автор: Брайан Льюис Сондерс – 50-річний художник. Авторське бачення психоделічного ефекту псилоцибіну. Автопортрет.

Псилоцибін вперше виділений в чистому вигляді в 1958 році Альбертом Хофман – відомим ученим, займалися в тому числі дослідженням психоделіків. Історія виділення і синтезу була описана ним у книзі «ЛСД – моя проблемна дитина». Психоделічні властивості псилоцибина добре вивчені в рамках програм по дослідженню галюциногенів в 1960-і роки в США.

В даний час у зв'язку з глобалізацією, що забезпечує існування єдиного інформаційного простору і розвитком інтернет-інфраструктури транспортування та доставки ПАР, псилоцибін став одним з найбільш поширених психоделіків, завдяки його відносній безпеці, традиційності і вивченості ефектів. В даний час в Україні активно розвивається інфраструктура для самостійного домашнього вирощування грибів містять псилоцибін.

Наведемо відредагований фрагмент самоопису ефекту середньої дози псилоцибіна, отриманий при аналізі тематичних інтернет-спільнот:

«Чудовий суботній вечір. Я тільки що повернувся додому з виставки одного приголомшливого художника. Надихнувшись його творчістю, я вирішив, що настав час спробувати що ж таке гриби. Через десять хвилин [сидячи за комп'ютером] я помітив, як картинка в моніторі ожила і почала ворухитися якщо не концентрувати на ній увагу. У нижній частині тіла стало жарко, а в голові з'явилося якесь «гудіння».

Я встав, пройшовся по кімнаті і сів на підлогу, притулившись спиною до батареї. Кімната була освітлена синьо-помаранчевим світлом і я помітив, що це ідеальне і шалено красиве поєднання кольорів. Деякий час я сидів і захоплювався красою навколишньої обстановки. Потім я встав і почав розгулювати по всій квартирі. Куди б я не заходив, скрізь була невимовна краса. Я довго зависав в кімнатах, розглядаючи шафи і

книжкові полиці. Ніяких [візуальних спотворень] не було. Просто я відчував себе в якомусь чарівному світі. Начебто все було як і раніше, але в той же час кожна дрібниця приковувала мою увагу і давала привід для захоплення. Цей стан мені дуже подобалося. Але тут я раптово потрапив в пекло.

Все почалося з того, що я вирішив піти в туалет, так як «чай» [заварені сушені гриби] просився назовні. По дорозі в туалет, я помітив, що моя хода дуже сильно змінилася – я йшов мало не пританцьовуючи, широко розставляючи ноги, а особа жило своїм життям і корчило пики. Я стояв і сміявся до болю в животі. Раптово підлогу полетів вниз, а візерунки з плитки «накинулися» на мене і мені стало зовсім не смішно. Я в жаху вискочив з туалету, намагаючись не дивитися на стіни, божевільної крадеться ходою промчав по коридору і сів за комп'ютерний стіл. Я подумав, що коїться щось недобре і вирішив відволіктися, попрацювавши над фотографіями. Але замість монітора я побачив гігантську плазмову панель з величезними кнопками.

Кожен піксель там жив своїм життям і грав сам із собою в «змійку». Я нічого не міг з цим вдіяти. Було близько півночі і я вирішив, що з мене вистачить. Треба йти спати. До цього моменту я був уже сильно стурбований подіями, що відбуваються, але найсерйозніше чекало мене попереду. Я повністю роздягнувся і сяк-так забрався в ліжко. Довгий час я боровся з ковдрою і в кінці кінців вирішив спати без нього. Варто було мені закрити очі, як почалося справжнє божевілля. Переді мною відбувалося бій візерунків всіх сортів. Я бачив лабіринти, фрактали, тунелі, стародавні піраміди, далекі планети і чого там тільки не було. Я в жаху схопився зі словами: «Звідки в моїй голові стільки інформації?!» Я не міг впоратися з таким потужним інформативним потоком і вирішив, що мені потрібно послухати музику, щоб направити те, що відбувається в

потрібне русло. Я зліз з ліжка за навушниками. Опинившись на підлозі, я раптом зрозумів що забув слова. Не те щоб забув як вони пишуться, я забув як їх думати! Я намагався вичавити з себе хоч якесь слово, але не міг! Думок не було взагалі. Жодної! Я міг тільки корчити дикі, смішні пики і ходити, широко розставляючи ноги. В мою голову закрався страх, що раптом я назавжди залишуся таким, що я більше ніколи не зможу говорити! У цей момент я відчув себе жахливо самотнім. Мені шалено захотілося з кимось душевно поговорити, обійняти когось. Я подивився на себе в дзеркало.

І відображення в дзеркалі перерізало мені горло. Я ні відчув болю, але зрозумів що помер. Я лежав на підлозі, а стеля відлітав вгору. Стало добре і спокійно. Не пам'ятаю як я опинився знову на своєму ліжку, яке сидить у «позі лотоса». Думок як і раніше не було ніяких, але страх пішов. Я подивився на годинник. Було двадцять хвилин години. Я повірити не міг, що все те що зі мною сталося, сталося всього лише за сорок хвилин! Сліз, включив комп'ютер. Дивитися в монітор знову ж було важко, і тут мені шалено захотілося малювати. Треба сказати, я вбив собі в голову, що зовсім не вмію малювати. І це взагалі завжди була трохи для мене хвора тема, тому що мені дуже хотілося малювати, а не вмію брати образи з голови і переносити їх на папір. А тут раптом захотілося. Я сидів на підлозі, в кутку кімнати і в маленькому блокнотику малював всяку нісенітницю. Я раптом зрозумів, що треба перестати боятися робити дурниці. І в наступну хвилину я вже розглядав фотографії дівчини, яку люблю і думав про те, що Бог – це любов».

На рисунку 7 зображено малюнок митця, що демонструє його бачення психоделічного ефекту діметілтриптаміну.



Рис. 7. Автор: Брайан Поллетт – 20-річний графічний дизайнер, який також відомий під псевдонімом Pixel-Pusha. Авторське бачення психоделічного ефекту діметілтриптамину. Авторський коментар: «Я більш не відчуваю страху смерті. Через 5 хвилин. Я помер, подивившись, щоб побачити пекло, знову з'явився, щоб усвідомити, що всі мої перші світові проблеми є перешкодами, де немає близькості до боротьби, щоб зламати моє Его».

Діметілтриптамін (ДМТ) або N, N-діметілтриптамін – ендogenousний (який виробляється епіфізом під час фази швидкого сну) психоделік, в нервовій системі людини виконує функцію агоніста 5-НТ2А серотонінових рецепторів. ДМТ – один з найбільш відомих і найбільш активних «психоделіків». Деякі гіпотези пов'язують з його психотропний ефект з навколосмертні досвідом (переживання можуть включати в себе такі елементи, як відчуття виходу з фізичного тіла, ейфорію, містичні видіння, почуття зникнення его і виходу за межі простору і часу).

Подібно псилоцибін ДМТ використовується як «ентеоген» в примітивних культурах.

Так напій-відвар «Аяюаска», традиційно виготовляється з ліани *Banisteriopsis saari*. шаманами індіанських племен басейну Амазонки і вживається місцевими жителями для «спілкування з духами». Великі наукові і художні публікації присвячені «психоделічним» ефектів ДМТ, зробили дана речовина надзвичайно відомим і популярним спочатку в США, а з появою інтернет-сервісів обміну інформацією і в решті світу, в тому числі і в Україні. У переважній більшості випадків ДМТ поширюється через анонімні інтернет-послуг у вигляді кристалічного порошку, який приймають за допомогою куріння.

На рисунку 8 представлено автопортрет митця, верхня частина якого була намальована ним у стані інтоксикації ДМТ, а нижня безпосередньо після виходу із стану інтоксикації.

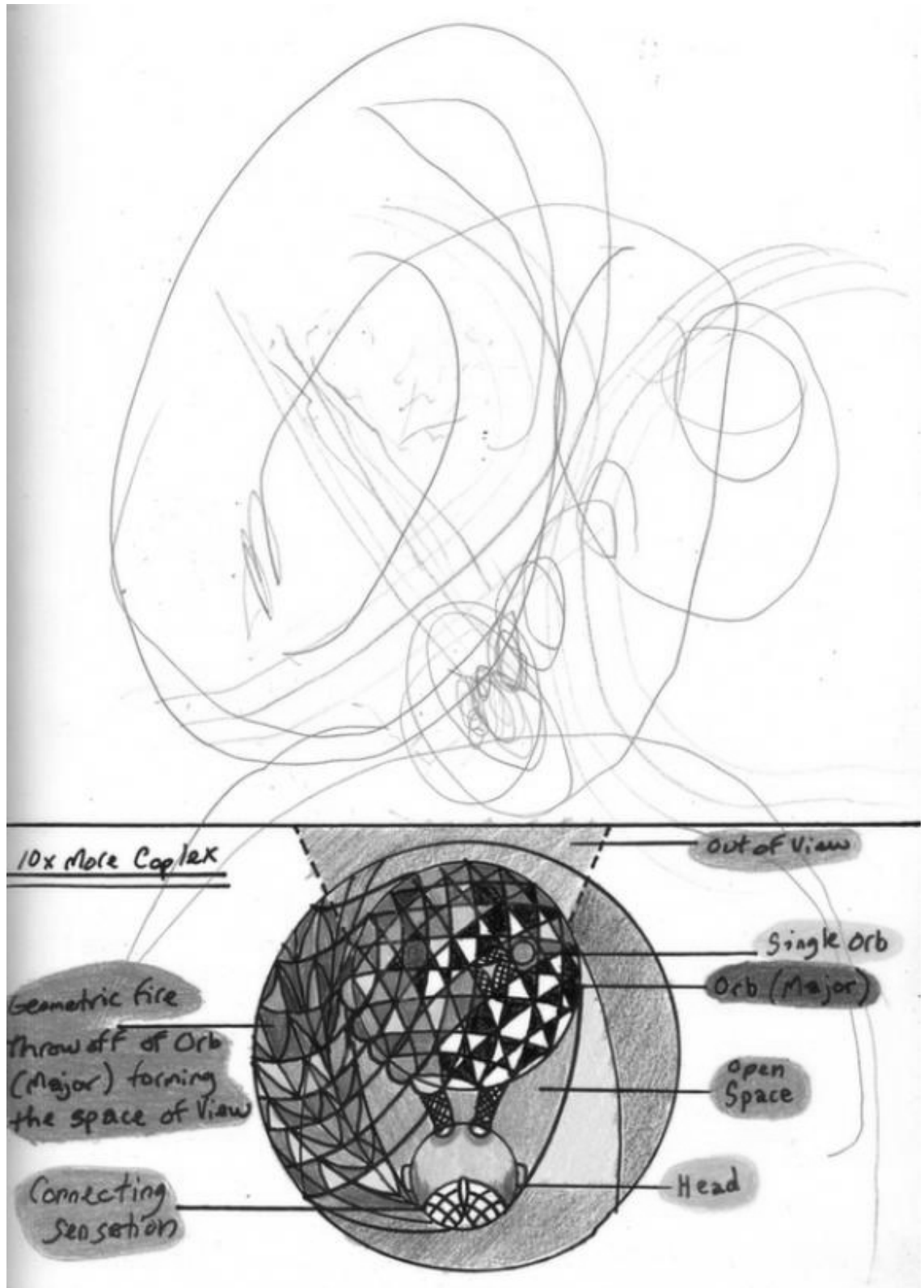


Рис. 8. Автор: Брайан Льюис Сондерс – 50-річний художник. Авторське бачення психоделічного ефекту діметілтриптаміну. Верхня частина малюнка – у стані інтоксикації, нижня – після виходу зі стану інтоксикації. Автопортрет.

Наведемо відредагований фрагмент самоопису ефекту від куріння середньої дози ДМТ, отриманий при аналізі тематичних інтернет-спільнот.

«Вхід [початок ефекту] – шокує інтенсивний, часто супроводжується [почуттям] «розпаду» того, що ми вважаємо своєю особистістю, відчуттям що насувається смерті і страхом перед непоправної досконалого – «я помру», «не повернуся назад». У лічені миті картинка набуває зернистість, стає сюрреалістичною і на тлі стрімко наростаючою дезорієнтації заміщається «стрекотливих як силовий трансформатор» простором сяючих фракталів.

Вихід, «винос», «прорив» [досягнення умовно-стабільного психотропної ефекту речовини]. Зазвичай триває не більше десятка хвилин, які, тим не менш, суб'єктивно сприймаються як щось дуже тривалий. Підкинуту достатньою кількістю триптаміну сприйняття проривається крізь калейдоскоп синестезій, опиняючись в нескінченній анфіладі приміщень і ландшафтів удивительнейшей краси і вкрай незвичайної мірності. З точки зору зовнішнього спостерігача [людина знаходиться під дією ДМТ] знаходиться в стані, не відрізняється від загального наркозу. З точки зору самої людини – він [перебуває] поза часом, у позаземне жилому світі.

Спад, «хвіст» [зниження інтенсивності психотропної ефекту речовини]. У момент, коли мандрівник залишає виблискує царство ДМТ і відкриває очі, інтенсивність [зорових образів] ще відповідає величезній кількості псилоцибінові грибів. Однак досить швидко психоделічні ефекти випаровуються, сприйняття приходить в норму, змінюючись подивом».

Своєрідна специфічність фабули «психоделічних» переживань бреши прийомі ДМТ привела до того, що в співтоваристві споживачів існує уявлення про якийсь єдиному «трансцендентальній» просторі, куди потрапляє розум при вживанні даної речовини.

Однією із загальних характеристик галлюциногенного досвіду при прийомі ДМТ є галюцинації, пов'язані з баченням трансцендентних людиноподібних істот. Термін «машинний ельф» був придуманий для їх позначення етноботаніка Теренсом Маккейна. Маккейна також використовував такі терміни, як «фрактальні ельфи» або «самотрансформується машинні ельфи». Інші дослідники описують «істот» або «сутностей» в формі гуманоїдів або тварин. Часто їх називають «маленькими чоловічками» (нелюдського вигляду гноми, ельфи, чёртята і т.п.). Існує припущення, що активація ендogenous ДМТ може бути причиною досвіду «викрадення інопланетянами».

Для наркологічної клініки «психоделіки» важливі щодо прогнозування результатів станів гострої інтоксикації, які, з огляду на тривалість ефекту (в деяких випадках більше доби), вимагають диференціації з психотическим епізодом. Аддіктогенний потенціал «психоделіків» вважається невисоким, стану фізичної (хімічної) залежно практично не описані.

Для психіатричної клініки важливе значення мають довгострокові ефекти, що виникають при систематичному прийомі ПАР даної групи, а саме:

Стійкі візуальні спотворення (тривалий розлад сприйняття, викликане галюциногенами): тривалий розлад сприйняття, що включає макропсія або мікропсія, посилення сприйняття кольору, геометричні галюцинації та інші симптоми, які не проходять після виведення галюциногена з організму. Імовірність розвитку тривалих розладів

сприйняття, викликаних галюциногенами після вживання психоделіків невідома. У презентації попередніх результатів поточних досліджень тривалий розлад сприйняття, викликане галюциногенами, реєструється у 4,1% людей вживають психоделіки. Ці люди повідомили про проблеми із зором після вживання психоделіків, через які їм довелося звернутися за допомогою до фахівця.

Існує цілий ряд перцептивних змін, які супроводжують тривале розлад сприйняття, викликане галюциногенами. Типові симптоми цього розладу включають: наявність ореолу або аури оточуючих предметів, повітря приймає зернистий або текстурований вигляд («візуальний сніг»), слід від об'єктів при їх русі, труднощі в розрізненні кольорів або посилення сприйняття кольору, здається зсув тону предметів, ілюзія руху статичних об'єктів , спотворення розмірів спостережуваних предметів і підвищена увага до «плаваючим помутнінням».

Згідно МКБ-10 тривалий розлад сприйняття, викликане галюциногенами позначається кодом F16.7, рубрика «психічні та поведінкові розлади, викликані вживанням галюциногенів – резидуальних і відстрочені психічні розлади»

Специфічні стану по типу «flashback» (мимовільні рецидивні спогади). Дані відчуття часто класифікуються як варіант тривалого розладу сприйняття, викликаних галюциногенами, але фактично стану по типу «flashback» є специфічними транзиторними розладами свідомості, тому що зачіпають відразу кілька психічних сфер: пам'ять, сприйняття, мислення. Дані стану описуються як повторні (повторювані) переживання дії ПАР після того, як справжні ефекти речовини виключені. Стану по типу «flashback» зазвичай відбуваються через кілька днів або тижнів після прийому препарату, але можуть виникнути через кілька місяців або навіть років після останнього прийому препарату.

Найчастіше стану по типу «flashback» інтенсивні і неприємні, і можуть траплятися часто, навіть якщо переживає їх людина, повністю утримується від вживання наркотиків. Дані стану зазвичай приймають форму панорамних візуальних ілюзій, таких як бачення вигадливих геометричних утворень, посилення кольорів і ореолів або наступні ефекти зображень, що доходять до повної дереалізації. Коли це відбувається в соціальній ситуації, що вимагає самоконтролю, це може бути незручно або страшно для людини, що зазнає це.

Проте, всього стану по типу «flashback», як правило, не такі інтенсивні або тривалі, як реальний досвід прийому наркотиків, зазвичай тривають всього від декількох секунд до декількох хвилин, а також підлягають критичній оцінці і часткового контролю.

Стану по типу «flashback», як правило, зникають самі по собі після припинення вживання наркотиків протягом декількох місяців. Якщо у людини немає розуміння характеру його симптомів, викликаного наркотиками, або якщо ці переживання тривають або викликають значні розлади, їм потрібна ретельна психіатрична кваліфікація для виключення психотичних станів.

• Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання синтетичних канабіноїдів

До недавнього часу канабіноїди можна було лише побічно віднести до галюциногенним ПАР, так як порушення сприйняття рівня дереалізації і галюцинаторних образів з переходом до онейроїдною затьмарення свідомості були вкрай рідкісним ефектом масивної передозування алкалоїдами

марихуану, досягти якої при традиційному споживанні шляхом куріння було практично неможливо. Рідкісні опису подібних станів були пов'язані зі споживанням великої кількості екстракту алколоидов марихуани («Манаге»), що вживаються ентерально.

З початку 2000-х років на території України і ближнього зарубіжжя з'явилися так звані «курильні суміші», що позиціонуються як легальний аналог марихуани. За заявами виробників, курильні суміші містили легальні компоненти, вироблені з рослин: *Canavalia rosea*, *Nymphaea alba* і *Nymphaea caerulea*, *Scutellaria nana*, *Pedicularis densiflora*, *Leonotis leonuru*, *Zornia latifolia*, *Nelumbo nucifera*, *Leonurus sibiricus*, *Althaea officinalis*, *Rosa canina*. Деякі з цих рослин дійсно містять біологічно активні речовини, які можуть володіти певним психоактивних дією.

Причина підвищеного інтересу дослідників до «курильних сумішей» полягала в надзвичайно високій частоті психопатологічних розладів виникають як в стані гострої інтоксикації, так і у віддаленому періоді після вживання, що створило проблему диференціальної діагностики екзогенних психозів і дебютів ендogenous психічних розладів.

Дослідження, проведені в 2008-2009 роках, показали, що дія «курильних сумішей» обумовлено не рослинними компонентами, а синтетичними агоністами канабіноїдних рецепторів різної хімічної природи. Найбільш відомим брендом які постачали «курильні суміші» на територію України був «Spice», назва якого стало прозивним.

Синтетичні канабіноїди, що входять до складу курильних сумішей Spice, що не входять в міжнародні списки контрольованих речовин згідно Єдиної конвенції про наркотичні засоби 1961 року і Конвенції про психотропні речовини 1971 року. У 2009 році, після виявлення синтетичних канабіноїдів в курильних сумішах Spice, влада почала вживати заходів щодо заборони цих сполук.

Грунтуючись на законодавчі обмеження, виробники синтетичних наркотичних засобів стали використовувати структуру речовини, в якій та чи інша хімічна група штучно модифікується, дозволяючи заявити про відміну знову отриманого з'єднання від забороненого, з метою отримання доступу на ринок збуту, минаючи пряме порушення правових норм, що де-факто означає періодичну зміну хімічної структури виробленого агента вже після внесення його до реєстру наркотичних речовин. Дана практика призводить до формування динамічно змінюється і надзвичайно різноманітного пулу синтетичних наркотичних речовин, що реалізуються під єдиною назвою, але мають варіабельну хімічну структуру, визначальну відмінності в біологічному ефекті, наркогенного потенціал, фармакодинамічних та фармакокінетичних характеристиках, що супроводжується також і навмисним потенціруванням їх психотомімітичеських ефектів з метою підвищення рентабельності виробництва.

Найбільш активними складовими «курильних сумішей» є синтетичні сполуки групи «JWH» (JWH-007, JWH-015, JWH-018, JWH-019, JWH-073, JWH-081, JWH-098 і інші) і так звані «некласичні» канабіноїди – CP 47497 і його гомологи. При їх тестуванні було встановлено, що десятки сполук, що відносяться до аміноалкіліндолам, пірол, інден і фенілацетіліндолам, є високоафінними агоністами канабіноїдних рецепторів першого підтипу. Основна маса «нових» канабіноїдів значно перевершує природний тетрагідроканнабінол за ступенем спорідненості до CB1-рецепторам.

Вплив синтетичних канабіноїдів на організм людини на даний момент вивчено недостатньо. Хоча їх дія на психіку схоже з дією тетрагідроканнабінолу (ТГК) їх високу спорідненість до CB1-рецепторів і непередбачуваність психотропної ефекту (в силу множинного поєднання ефектів ПАР з неповністю встановленими механізмами дії і невідомими додатковими ефектами) призводять до значного поліморфізму станів гострої

інтоксикації. На рисунку 9 наведено малюнок митця з його баченням психоделічного ефекту ТГК, а на рисунку 10 представлено автопортрет іншого митця, що був написаний їм у стані інтоксикації комбінацією синтетичних канабіноїдів.

Наведемо кілька відредагованих фрагментів самоописів ефекту «курильних сумішей» отриманих при аналізі тематичних інтрнет-спільнот.

«За відчуттями: перші пару секунд нічого не відбувається, секунді на п'ятій голова опускається разом з тілом на найближчу поверхню. Усе. Ви [в стані ступору], валяється на підлозі / ліжка / головою на столі, [намагається] «виштовхувати» з себе більш-менш зв'язну мову. Спроби рухатися – «пекло», навіть моргання викликає труднощі. Моїм першим бажанням було заснути, але куди там, – в очах кольорові лабіринти, мозок вирішує надскладні багаторівневі завдання на логіку, щоб не відключитися, бо зрада змушує думати, що варто заснути, і ви вже не прокинетеся. Страшно, що не відпустить. Виникало відчуття, що певні події відбуваються після того, як ви про них подумали. «Зараз впаде квітка» – квітка падає через п'ять секунд. Світ познаєтс. Всесвіт розширюється, так.

Вирвало. Стало трохи легше, порівняно зі звичайною травною, але жорсткіше. Тіло горить, час шалено повільно тягнеться. На ділі пройшло всього 20 хвилин, по відчуттях – все 20 годин ».



Рис. 9. Автор: Брайан Поллетт – 20-річний графічний дизайнер, який також відомий під псевдонімом Pixel-Pusha. Авторське бачення психоделічного ефекту тетрагідроканабінолу. Авторський коментар: «ТГК це вхідний наркотик для доброго гумору, гарного сексу та довгих періодів пильнування у магазині продовольчих товарів».

«Коли курила вперше, мене на півгодини буквально перенесло в інший світ; ця реальність сприймалася як другий світ, побічний, але при цьому усвідомлювалася, як більш справжня, ніж та, в якій я перебувала. Зрідка до мене долітали голоси тих, хто був поруч; вони здавалися відволікаючими, що мають на меті завадити виконати місію, заради якої я і прийшла в той світ, і реагувати на них не дуже хотілося. За словами оточуючих, я «лежала і смикалася», але в своїй голові – переживала купу пригод, активно пересувалася і діяла. Зараз майже не пам'ятаю подробиць, але одним з найяскравіших спогадів залишилося те, як я здобувала алмази. Барвисті і прекрасні картинки».

«Спочатку було смішно, потім, через якийсь час, мені почало здаватися, що я проварюють в чорну безодню і дивлюся на все це з боку. Звуки стали спотвореними, але я майже перестала їх чути, осіб друзів я вже не розрізнила, тому що вони немов спалені пластикові маски текли і міняли форму.

Далі гірше. Я просто опинилася в пеклі. В голові спливали найжахливіші картини з минулого і, не перестаючи, крутилися в моїй голові, прикрашені фантазією отруєного мозку. З квітів пам'ятаю в той момент тільки чорний і червоний. Я перестала відчувати простір і час, я не розуміла хто я, як мене звать, де я перебуваю. В голові була лише одна думка – я померла і потрапила в пекло. Як мені потім сказали – все це час я несамовито кричала і плакала.

Потім мене стало потроху «відпускати». Я побачила обличчя своєї подруги і на кілька секунд прийшла в себе, потім знову спустошення. Пам'ятаю, що дуже плакала і молилася, щоб це скоріше закінчилося. Після почав горіти хребет, немов у нього вставили розпечений джгут.

Мене вирішили вивести на вулицю, щоб я скоріше прийшла в себе. Було дуже важко спускатися, все моторошно пливло перед очима, а свідомість то покидало, то поверталось до мене».

«У ванній, стоячи на стільці перед витяжкою, випробовуваним було викурено через незнання 0,2 грама міксу, що відповідало двом хорошим напас через невелику трубочку. Ефект розвивався дуже швидко і стрімко. Випробуваний буквально встиг тільки спуститися зі стільця і покласти трубочку на пральну машину перед тим, як був приголомшений першою хвилиною дії.

Хвиля, як би з центру тіла, одночасно вдарила в ноги і голову і носила яскраво виражений психоделічний характер без [візуальних спотворень]. Випробуваний встиг зануритися ванну, де його наздогнала хвиля психоделічної дисоціації. Вона виражалася в практично повній зупинці тимчасового потоку, розмиття схеми тіла, і сильною анестезії. Его було теж почасти розмито. Свідомість випробуваного частково розуміло, що знаходиться у себе вдома у ванній, і що з крана повинні текти вода, але неможливо було дослідним шляхом це перевірити, і неможливо було зрозуміти, яка вода все-таки тече: холодна або гаряча.

Зі слухом і зором теж відбувалися малозрозумілі речі. Пацієнта не оточує повна темрява і тиша, він бачив якісь світні плями і чув якісь шуми, усвідомлено ідентифікувати які не представлялося можливим. Через якийсь

проміжок часу тіло стало більш-менш слухатися, і зір, як і слух, стали приходити в норму. Цей проміжок, як з'ясувалося пізніше, становив не більше 15-20 хвилин, і приблизно через 45 хвилин випробовуваний благополучно покинув ванну в доброму здоров'ї і з деякими залишковими ефектами».

«1–2 хвилина: Першу [порцію] викурих я. [Відчувалося] дуже м'яко, залишивши за собою слабкий приємний присмак. Далі курили решта учасників. Ніяких суттєвих ефектів не спостерігається, крім як короточасних мимовільних рухів частинами тіла.

2–5 хвилина: Друга [порція] була викурена таким же чином. Протягом 30 секунд я встиг усвідомити, наступ [психотропної] ефекту, а тому приготувався до активної фази. Як і очікувалося, практично миттєво настало велике сп'яніння. Я відчув цілий коктейль психофізичних ефектів: ейфорія, неконтрольований сміх, запаморочення, загальмованість сприйняття, уповільнення часу, прискорене серцебиття і пульсування крові по венах. З рештою учасників спостерігається та ж картина. Весь простір представлено у вигляді анагліфніе 3D зображення, як ніби я дивлюся через червоно-сині 3D окуляри.

5–15 хвилина: Ефект постійно посилюється, не встигаю адаптуватися до його умов. З'являються дивні відчуття: скрип в головному мозку, наявність двох сердець, теплові припливи в області живота. Прихід настільки сильний, що в якийсь момент з'являються больові відчуття в зв'язку з багаторазово прискореним серцебиттям і розпухання вен від припливу крові. Вперше мене відвідала така думка: «Як зробити так, щоб відпустило?». На щастя, я знайшов спосіб для усунення неприємних відчуттів – активні фізичні дії, такі, як танець, фізична зарядка і постійне переміщення з місця на місце. Для мене було неможливо пережити такий прихід, сидячи на стільці. Решта учасників стверджують, що вони не відчували ніяких больових відчуттів. Мені здавалося,

що минуло досить багато часу з початку заходу, але коли я глянув на годинник, то зрозумів, що пройшло тільки 15 хвилин, про що я багато разів повідомив інших.

15–45 хвилина: Я починаю контролювати ефект від приходу і ми з іншими учасниками чудово проводимо час. У всьому тілі відчувається дивне смакове відчуття, розпізнане мною, як смак «сухого апельсина». Решта учасників також відчувають це, але ще вказують на сухість у роті. У загальних рисах, стан нормальний, розслаблене, ефект все ще триває. На 45 хвилині була викурена третя [порція], але особливих ефектів не було, вона була призначена для підтримки стану на даному рівні.

45 хвилина – 2 годину: Починається спад ефекту. Основою нашого часу є почергове лежання на підлозі і походи до холодильника для подальшого його спустошення. Починається фаза «застигання». Іноді, закриваючи очі, лежачи на підлозі, я починав бачити натуральні сновидіння, які швидко змінювали один одного. Я не спав і чув все, що відбувалося навколо, але в той же час свідомість сприймало саме сновидіння за реальність, все інше було перешкодами на задньому тлі. Так тривало доти, доки я не відкривав очі, оглядав обстановку, і закривав їх знову. Приблизно через дві години я абсолютно протверезів, сонливість як рукою змахнув, повернулася чистота свідомості. Я вирішив перевірити очі на предмет зміни кольору білої склери і зрозумів, що помітного почервоніння не спостерігається.

2 годину – 3 годину: Після протверезіння було вирішено курити ще одну [порцію], і тоді приємні ефекти повернулися знову – м'яка солодкість у всьому тілі, загальмованість, спокій і весела ейфорія. Приблизно до початку 3 години ми почали відходити до сну. Сон був міцний і приємний, ранок почався без проблем. І, хоча спали ми всього близько 6 годин, вранці ніхто не відчував недосипу, що дозволило нам спокійно повернутися до наших повсякденних справ».



Рис. 10. Автор: Брайан Льюис Сондерс – 50-річний художник. Авторське бачення психоделічного ефекту комбінації синтетичних канабіноїдів «солі для ванн». Автопортрет.

«Перше відчуття – тиску в голові на тлі все прискореного биття серця в грудях, що дуже характерно для практично всіх каннабіонідів, не тільки синтетичних. Воно змінилося досить сильною анальгезією всього тіла. Все це була прелюдія перед нищівного хвилиною. Хвилиною, що перетворює свідомість в потік змішаних думок, емоцій, образів і звуків. Сліпуче яскраве сонце, відбиваючись в переливаються потоках лісового струмка, створювало вигадливу гру барв, захоплювало і заворожувало. Все навколишнє бачилося в іншому ракурсі, здавалося, що дивишся на речі і бачиш їх начебто в перший раз. Розбіжності, що доносить з лісової гущавини, чулася як дуже чітке і гармонійне змішання звуків, такий собі невидимий оркестр, диригентом якого виступала його величність природа.

Судячи по годинах на руці, пройшло всього хвилин 30, суб'єктивні же годинник показував явно більше. Нищівного і змушує німіти потік став трохи слабшати, і вперше за весь час звуки природного симфонії були порушені людською мовою і сміхом. Сміялися довго і по всяких дрібницях, перериваючись на короткі діалоги, автоматичну мову. Слова самі собою, вискакуючи з гортані, римувалися і шикувалися в алогізм».

Вивчення ефектів «курильних сумішей» в рівній мірі актуально і в наркологічній і психіатричній клініках. В сфері наркології нафтоліндолі, фенілацетиліндоли, нафтілметиліндоли, ціклогексилфеноли та інші синтетичні канабіноїди є предметом формування станів залежності має наслідком важкі соматичні і психопатологічніслідства.

У сфері психіатрії – питання диференціальної діагностики генезу поліморфних шизофреноподібних психотичних розладів у осіб у віці 18-30 років і є надзвичайно актуальним останнім часом. Так, в даній віковій групі

з одного боку ймовірність дебюту шизофренії є найбільш високою, з іншого боку – даної контингент є найбільш активними споживачами синтетичних канабіноїдів, що створює ризик розвитку відстрочених психотичних епізодів шизофреноподібних характеру.

Структура психопатологічних симптомів і їх динаміка навіть на досить тривалому відрізку часу, при обох станах, часом не відрізняються. А випадки коли наркотичні речовини використовуються пацієнтом для самостійних спроб корекції свого психічного стану (перш за все використання стимулюючих і ейфорізуючу властивостей ПАР для боротьби з апатії-абулічними проявами) і зовсім роблять диференціацію неможливою, зводячи її до спроб виявлення предиспозиційному дивацтв у поведінці, що в цілому суперечить сучасному підходу до психодіагностики. Тим часом терапевтична тактика і прогноз для даних станів кардинально різняться, що вимагає, перш за все, чіткого розуміння спектру можливих ефектів вживання синтетичних канабіноїдів і практик їх використання особами з донозологічеськими формами психічної патології в рамках самолікування.

Далі, у вигляді клінічної ілюстрації, наведено випадок первинного психотичного епізоду шизофренії на тлі вживання канабіноїдів, первинно кваліфікований як шизофреноподібний розлад внаслідок вживання канабіноїдів.

Пацієнт Л., 25 років.

Діагноз: шизофреноподібних розлад внаслідок вживання переважно канабіноїдів. Галлюцинаторно-параноїдний синдром.

Анамнез: Спадковість – батько страждав алкоголізмом, помер в липні 2011р. Народився другим з трьох дітей. Закінчив 11 класів загальноосвітньої школи. Вступив в професійне технічне училища, після закінчення якого здобув фах кранового машиніста. Працевлаштувався на

завод N за фахом. В даний час не працює. В армії не служив. Не одружений, дітей не має. Проживає з мамою і сестрою.

З 16-ти років знайомий з наркотичними речовинами, останнім часом вживав якийсь «хімічний аналог» марихуани через «бульбулятор», починав з куріння марихуани, вживав «малагу» (екстракт алколоїдов марихуани в молоці), деякий час брав трамадол, епізодично вживав амфетаміни. Прийом нарковеществ відбувався в компанії, коментував це так: «після [прийому марихуани] хочеться поговорити, відчуваю приплив сил, енергії, настроїв бадьорий, цілодобово не сплю».

Психічний статус: У свідомості. Орієнтований всебічно вірно. Контакт формальний, не на всі питання відповідає по суті. Заявляє: «У мене опромінені легені, печінка ... опромінили вже давно тепловізором ... голосу то в правій половині голови, то в лівій ... у мене в лівій руці жучок-скарабей ... на даний момент у мене більше тисячі голок вуду під серцем і драконяча голка в мозочку, і кожен раз вони мене чимось колють ... через це починаю сам з собою розмовляти ... », « з якою я тільки гріхів, і не бився! ». Емоційно неадекватний, то посміхається, то жартує, тут же стає напруженим, щось бурмоче. Активно висловлює маячні ідеї отруєння, переслідування – «таблетки не пив, тому що вони отруєні ... в упаковці половина таблеток була з смужкою вгору, а половина – вниз, ті, що вниз – отруєні до мене додому скоро прийдуть бандити, які хочуть мене вбити, хтось хоче мене позбутися ... заважаю ». Мова монологом, прискорена за темпом. Мислення з ковзанням, непослідовне. Критики до стану немає. У відділенні емоційно неадекватний. Мислення розірване, маячний: «У голові все переплуталося, думок немає ... давайте поговоримо про ексгумацію ... не їжте мандарини, вони приносять шкоду ... мене опромінили ...». Критики до стану немає. Планів на майбутнє не має.

Катамнез: незважаючи на проведену терапію стан тривалий час залишалося нестабільним, відзначалися періоди і поліпшення і погіршення стану, скаржився на вплив з боку інших хворих, «через це кришаться зуби», відмовлявся від прийому таблеток, «їх потрібно здати на перевірку, вони на смак не такі ». Заявляв, що має екстрасенсорні здібності, неодноразово пропонував співробітникам «зробити сканування органів». Неодноразово заявляв, що на нього наведена «псування», «в мене вселився Джин, відчуваю, як він на мене впливає, забороняє палити, говорити».

Надалі стан з позитивною динамікою. Скарг не пред'являє, «дуже-дуже рідко чую відлуння людських голосів». Маячні ідеї не висловлює. Спокійний, настрої рівне. Мислення з ковзанням. Реальних планів на майбутнє не має.

Надалі на підставі динаміки розвитку захворювання, а саме рис формування апатії-абулического дефекту на тлі втрати інтересу і повної відмови від вживання ПАР, діагноз був змінений на параноїдну форму шизофренії.

У наступній клінічній ілюстрації наведено випадок первинного психотичного епізоду екзогенного характеру на тлі вживання синтетичних канабіноїдів, що вимагає диференціації з психозом ендogenous характеру.

Пацієнт Ш., 24 роки.

Діагноз: Гостре маячний психотичний розлад.

Анамнез: Спадковість не обтяжена. Народився в сім'ї робітників середнім з 3-х дітей. Матері 48 років, за характером «добра, чуйна», бухгалтер. Батько за характером «строгий, справедливий», директор фірми. Мав старшого брата, який загинув в ДТП у віці 24 років. Сестрі 12 років, з

сестрою ладнає. У дитинстві ріс і розвивався нормально. Займався спортом до 14 років, є кандидатом у майстри спорту зі стрибків у воду. В школу пішов з 6 років, закінчив 11 класів середньої школи. Навчався посередньо. Легше давалися точні науки. Після школи вступив до вищого навчального закладу на факультет менеджменту, через рік перевівся на заочну форму навчання в зв'язку з тим, що почав працювати. Університет закінчив успішно. Працював з 19 років. Працював продавцем в магазині запчастин, торговим представником на тому ж підприємстві, далі і по теперішній час працює на приватному підприємстві на посаді менеджера з продажу. Зі своїми обов'язками справляється, зарплатою задоволений.

Одружений офіційно не був. Складається в цивільному шлюбі протягом 4 років. Співмешканці 20 років, «це вже друга моя громадянська дружина, з нею живу 2 роки, і з першої жив 2 роки». Дітей не має. Взаємовідносини хороші. Проживає зі співмешканкою в 3-кімнатній квартирі.

Шкідливі звички: палить з 15 років, в даний час викурює в день близько 8 сигарет. Алкоголем не зловживає: «п'ю приблизно 1 раз в 2 тижні віскі, джин». Вперше спробував курити коноплю у віці 19 років. Систематичне вживання заперечує. Приблизно 3-4 тижні тому останній раз курил коноплю, до того ж «вжив якийсь новий наркотик, через 30 хвилин відчув тепло в тілі, і з'явилася сонливість», з тих наркотичні препарати не приймав. Залежність заперечує.

Стан змінилося гостро, 5-6 днів назад: «Я їхав в таксі додому, а перед нашою машиною, практично вже у дворі, з'явилася ще одна машина таксі, яка не давала нам проїхати і зупинилася практично біля мого під'їзду. Звідти вийшли троє чоловіків, і у мене виникло відчуття, що вони ось-ось повинні були на мене напасти. Мені стало страшно, але вони пішли в іншому напрямку, в якому можна було на таксі поїхати, а не в мою сторону. Я це

пов'язав тільки з одним моментом – це було попередження мені від конкурентів по бізнесу. На наступний день я зв'язався з хлопцями з охорони, які дали мені у тимчасове користування пістолет для охорони свого життя. У цю ж ніч я почув, як по замку моїх дверей хтось стукає. Я вирішив, що мої замки зламують, підійшов до дверей і в око побачив 2-х людей. Я став шуміти замком, і ці люди втекли, а потім я почув шум заведеної машиною. Мій сусід в цей час бачив, що хтось вибігав з під'їзду і поїхав на машині. Всю наступну ніч я періодично підходив до дверей і прислухався. І знову о 2 годині ночі я подивився у вічко і побачив вже 3-х: один сидів навпочіпки і намагався відкрити замок, а двоє стояло, при цьому я ще й почув їх діалог: «Ну що там? – Уже майже все ». Я відразу ж викликав міліцію, але міліція мені відповіла, що в базі немає такої адреси. Я зрозумів, що це теж «не спроста». Я зрозумів, що під виглядом пограбування до мене хочуть пробратися і мене вбити. На наступний день, днем я почув човгання в під'їзді, я відкрив двері, виглянув і побачив, як тікав чоловік. Я побіг за ним, а він швидко вискочив в машину і поїхав. Я встиг записати номер машини. Я сказав про це татові. Батько відповів мені, що «я або накурився, або захворів». Після цього я ляпнув одному, що «може бути, взагалі, це все тато і організував, правда, я тут же передумав. Всі ці дні я дуже нервував, мало спав, схуд приблизно на 5-6 кг ». Госпіталізовано з метою обстеження і лікування.

Консультація психолога: спостерігається збереження розумових операцій, стійка продуктивність при виконанні завдань запропонованих психологом. У поведінці при дослідженні відсутні неадекватні реакції, інтонація, жести і міміка адекватні ситуації дослідження. За даними проєктивних тестів не спостерігається параноїальних або шизоїдні тенденцій; спостерігаються риси емоційної нестійкості, схильність до тривожних реакцій на стрес.

Психічний статус: В ясній свідомості. При огляді збуджений, метушливий, багатослівний. Спокійно всидіти не може, весь час совається на стільці, закидає поперемінно то одну ногу, то іншу. Постійно поправляє своє волосся, збираючи їх в області тімені, перебирає руками, зітхає. Під час бесіди багатослівний. Мова прискорена. Орієнтований правильно всебічно. Доступний продуктивному контакту. Емоційно напружений. Настрій нестійкий. Суїцидальні думки заперечує. Критики до хвороби немає. Мислення прискорено по темпу, з елементами алогічності. Висловлює маячні ідеї переслідування, відносини, особливого значення. Про вживання ПАР говорить неохоче, залежність заперечує, стверджує, що брав «рідко, були перерви більше місяця між вживаннями», але батько повідомив, що, зі слів дівчини пацієнта, брав він коноплю практично щодня. Пам'ять не порушена, але увагу знижено. Інтелект відповідає отриманій освіті і життєвому досвіду.

Бесіда з співмешканкою: знайомі приблизно 4 роки, протягом 3-х років мають близькі відносини, періодично разом проживають. Дівчина характеризує пацієнта, як «дуже складного, впертого, з мінливим настроєм, товариського, може бути дуже агресивним, може вдарити». На думку дівчини, дивності в поведінці і висловлюваннях з'явилися приблизно 3-4 роки тому. У той період вже вживав коноплю у вигляді інгаляцій. У той час він розлучився зі своєю колишньою дівчиною, був налаштований по відношенню до неї дуже агресивно, він був переконаний, що вона їм користувалася. З тих пір періодично заявляє дівчині, що може читати чужі думки, може це робити, дивлячись на фотографію. Заявляв, дивлячись на фотографії, що моя подруга зраджувала своєму хлопцеві, каже, що знає, чим вони займаються в даний час. Каже, що знає, про що я думаю, що чує, про що я думаю.

З роки тому загинув брат пацієнта в ДТП. Став говорити, що йому сняться сни, в яких його батько штовхає великі вагони, а це значить, що вагони – це фура, яка збила автомобіль з братом, а батько – це людина, яка заплатила людям гроші, які це зробили, разубеждения дані думки не піддаються. При спробі переконати, починав лягтися. Після похорону брата став погано спати, довго засиджувався, про щось думав і малював у зошиті свої думки і сни. Після цього він виривав листи і викидав їх.

Свої міркування з приводу «вбивства» брата він висловлював і матері, говорив, що брата батько прибрав з-за бізнесу, щоб не ділити його з братом, а також, щоб прославитися, так як на похорон брата прийшло дуже багато людей. Після цього батьки відвели пацієнта до «народного цілителя», яка запалювала січі, виливала воду, щось шепотіла, а потім говорила, щоб він удома пив цю воду.

Після цього візиту його стан ще більше погіршився, так як пацієнт дуже вірив усьому що почув. Він став ще більше «розкручувати тему вбивства», шукав «замовників», підозрював президента компанії, але, все-таки, залишався переконаним в тому, що – це справа рук батька. До послуг «народного цілителя» став вдаватися дуже часто, іноді і щодня, при найменшій підозрі на загрозу для власного життя, зокрема, це стосувалося ситуацій на дорозі. Постійно, протягом усього цього часу говорив дівчині про те, що ненавидить батьків, а тата взагалі треба прибрати, говорив, що є люди, яким можна дати грошей і його вб'ють.

У будинку у батьків залишатися не міг, постійно лаявся з ними, запізнювався на роботу, давав порожні обіцянки і не тримав слово. Надалі пацієнт став відкривати новий напрямок в бізнесі. В процес весь час говорив, що йому всі заздять, що багатьох потрібно звільнити тому, що вони все йому заважають, а більше всіх заздирить батько. Став більш активно спілкуватися з друзями, які вживали марихуану. Сам він вживав її

систематично, міг курити по місяцю щодня, потім могли бути світлі проміжки до 4-х днів. За всі ці роки тривалий період утримання від вживання марихуани був тільки одноразово – до 5 місяців.

Всі 4 роки дізнавався у знайомих всі телефонні розмови дівчата, перечитував все СМС в її телефоні, а потім вимагав пояснень про що і з ким вона говорила. Особливо забороняв спілкуватися з його батьками, завжди говорив про те, що їм не слід довіряти, що вони дуже погані люди і зовсім не такі, якими вони здаються на перший погляд. У вересні поточного року придбав підпільними шляхами пістолет, з яким він став ходити весь час. Купив він його після чергового конфлікту з батьком, і після його погроз позбавити пацієнта своєї частки бізнесу. 30 вересня, вночі зателефонував дівчині додому, голос був дуже наляканий, він прискорено дихав і став розповідати, що він бачив у вічко 3 людей, яких підіслав батько, а третя людина – це взагалі був батько, що він дзвонив в міліцію, називав свою адресу, а міліція відповіла, що такої адреси взагалі немає, і оператор поклала трубку. Він був переконаний, що все це підстроїв батько. Пацієнт говорив, що він вставив в замки викрутки, потім схопив пістолет і носився з ним по квартирі. Протягом 3,5 годин дівчина говорила з ним по телефону. Весь цей час він бігав по квартирі і визирав в усі вікна. Розповідав, що бачить під вікном машину, в якій сидять люди, яких найняв батько, прослуховують телефонна розмова, попросив дівчину записати номер машини, продиктував його. Його батьки в цей момент були на весіллі в ресторані, а це означало для пацієнта, що батько, таким чином, намагався забезпечити собі алібі.

Вранці, 1 жовтня, він попросив дівчину приїхати до нього, так як йому було дуже страшно, а сам зустрівся з одним і знову курив коноплю, відмовився їхати з дівчиною на дачу. У цей день став писати повідомлення матері зі звинуваченнями, в яких говорив про те, що «нехай вам буде

соромно за те, що ви творите». Вранці, 2 жовтня, коли за ці дні дівчина вперше побачила пацієнта, він був схудлий, змарнілий, обличчя було з сірим відтінком, щоки запали, він весь тремтів, відчував страх, був вкрай напружений і не реагував на звернену мову, був повністю заглиблений в свої думки і переживання. За цей час дзвонив всім своїм друзям, просив у них допомоги, охорони. Батьки в цей час були на дачі. Мати пацієнта подзвонила дівчині, щоб уточнити місце знаходження сина і його стан здоров'я. Почувши цю розмову, пацієнт перепитував у дівчини його зміст багаторазово, а потім намагався записати на диктофон його переказ, після цього дзвонив своїй мамі і вимагав від них машину з особистою охороною. По поверненню додому, ввечері не міг зайти в під'їзд до тих пір, поки не попросив сусіда зверху спуститися і перевірити чи є хтось в під'їзді.

З під'їзду він йшов з пістолетом, не пропустив вперед дівчину, заскочив в коридор, потім швидко проштовхнув дівчину в квартиру і зайшов сам. Уже в квартирі став знову розповідати всім, що його рідний батько замовив його вбивство. Дівчина знайшла можливість викликати батьків пацієнта. Як тільки пацієнт дізнався про те, що батьки їдуть до них, він відразу ж поставив телефони на беззвучний режим, постійно бігав до вічка і дивився, чи немає там нікого, закрив штори, вимкнув світло, всіляко намагався створити видимість, що нікого немає вдома. Дівчину посадив на кухні і наказав мовчати. Коли приїхали батьки і намагалися відкрити двері (попередньо пацієнт змінив замки), він був дуже наляканий, трусився і задихався, носився з пістолетом по квартирі, почав дзвонити сусідові, щоб той йому доповідав, де батьки і що вони роблять. У той момент він погрожував, що якщо батько зламає двері, він вистрілить. У цей день батьки в квартиру так і не потрапили, але через деякий час умовили здатися психіатра.

В даний час провів інструктаж дівчині про те, як треба розмовляти з лікарем, щоб багато не розповідала, щоб сказала, що траву вже не курить дуже давно, щоб вона пояснила його поведінку тільки стресом і переляком. І, взагалі, батьки вирішили його зробити божевільним і таким чином, розправитися з ним зараз, якщо вже не вийшло вбити. Раніше говорив дівчині про те, що в його голові постійно йдуть якісь думки, що вони плутаються, іноді говорить про те, що сам Бог дає йому якісь знаки і як йому треба чинити.

Щодня робив вдома ритуал аналогічний тому, який робила «народний цілитель»: топив віск, виливав його в піалу, заливав водою, а потім пив цей склад або вмивався їм або мив руки. Був переконаний, що цей ритуал його рятує від «псування», захищає його. Дуже часто говорив про те, що чує думки всіх людей, з якими спілкується, що все його близькі, і дівчина в тому числі, і його батьки і її батьки, є наркоманами, вживають кокаїн, амфетамін, щось нюхають. Перший час в стаціонарі відмовлявся приймати їжу, яка готувала мама. Говорив дівчині, що не буде її їсти, так як там можуть бути речовини, які зроблять його дурнем, мама могла щось таке підсипати. На наступний день погодився брати мамину передачу після того, як дівчину спробувала все страви. У перший день госпіталізації говорив дівчині про те, що батько заплатив лікарям і про все домовився, щоб «зробити мене дурнем». Але, через два дні, заявив, що тікати не збирається, а таблетки п'є. За час лікування став спокійнішим.

У відділенні скарг на здоров'я не пред'являє. Веде себе більш стримано, менш метушливий. Хворим себе не вважає. Про вживання ПАР говорить неохоче, намагається приховати факти вживання. Вкрай невідвертість. Критики немає.

Через місяць перебування в психіатричному стаціонарі, на тлі проведеного лікування, стан пацієнта стабілізувався. Для уточнення діагнозу був консультований професором кафедри психіатрії.

Висновок консультації професора: стан пацієнта стабільний. В цілому, з позитивною динамікою. Божевільною продукції на даний час не виявляє, але ПО2 раніше, раціоналізує неправильну поведінку. Критики до перенесеного психозу немає.

Таким чином, на підставі нижче перерахованого: відсутність специфічних змін особистості, наявність в анамнезі чіткої вказівки на вживання наркотичних препаратів, персекуторний по суті характер марення, збереження мислення без структурно-логічних його порушень, швидке купірування розладів сприйняття і досягнення внутрігоспітальної ремісії з трохи більш тривалим збереженням актуальності стрижневого психопатологічного синдрому – марення переслідування. Слід виставити остаточний клінічний діагноз: «Гостре маячний психотичний розлад».

Катамнез: На проведеному лікуванні стан значно покращився. Купіровано психомоторне збудження, зник страх, пацієнта став спокійнішим. Куповані маячні ідеї. На момент виписки скарг не пред'являє. Маячних ідей не продукує. Обмани сприйняття не може виявити. Зберігається формальність критики і раціоналізація свого неправильного поведінки. Емоційно стійкий. Настрій рівне. Мислення логічний, послідовний, в звичайному темпі. Суїцидальних, асоціальних тенденцій не виявляє. Протягом останнього тижня перебував на режимі денного перебування.

Завдання і тести

Матеріали для тестового контролю (І рівень)

1. Впливом на які сфери психіки зумовлений «психоделічний» ефект галюциногенів – похідних фенілетіламіну та триптаміну?

- а) сприйняття;
- б) мислення;
- в) емоції;
- г) свідомість;
- д) **усе вищенаведене.**

2) Впливом на які рецептори зумовлено «психоделічний» ефект галюциногенів – похідних фенілетіламіну та триптаміну?

- а) **5-НТ_{2А} – серотонінові рецептори;**
- б) D2 – дофамінові рецептори;
- в) M – мускаринові холінорецептори;
- г) α_1 – адреналінові рецептори;
- д) H₁ – гістамінові рецептори;

3) Що таке «ентеогенний» ефект галюциногенів?

- а) здатність викликати стани співчуття;
- б) **здатність викликати стани порушення свідомості, що сприймаються як «спілкування з духами»;**
- в) здатність викликати яскраві галюцинації;
- г) здатність викликати «фрактальні» ілюзії;
- д) здатність викликати порушення пам'яті;

4) Які речовини мають тривалість психотропного ефекту, що може перевищувати 24 години?

- а) 2С-b
- б) 25-NBOMe;
- в) ДОБ;**
- г) ДМТ;
- д) JWH-018

5) Яка з наведених ПАР виділяється в організмі людини в нормі (у швидкій фазі сну)?

- а) 2С-b
- б) 25-NBOMe;
- в) ДОБ;
- г) ДМТ;**
- д) JWH-018

6) Ефект якої з наведених речовин порівнюють та гіпотетично пов'язують з «навколосмертним досвідом»?

- а) 2С-b
- б) 25-NBOMe;
- в) ДОБ;
- г) ДМТ;**
- д) JWH-018

7) Яка з наведених ПАР може бути (або могла бути) у складі «курильних сумішей»?

- а) 2С-b
- б) 25-NBOMe;

- в) ДОБ;
- г) ДМТ;
- д) JWH-018**

8) Яка з наведених ПАР має тривалий стимулюючий ефект?

- а) 2C-b
- б) 25-NBOMe;
- в) ДОБ;**
- г) ДМТ;
- д) JWH-018

9) Яка з наведених ПАР є синтетичним агоністом канабіноїдних рецепторів (CB₁)?

- а) 2C-b
- б) 25-NBOMe;
- в) ДОБ;
- г) ДМТ;
- д) JWH-018**

10) Які з наведених розладів є типовими наслідками вживання «психоделіків»?

- а) тривалі порушення сприйняття;**
- б) стійкий паркінсонізм;
- в) деменція;
- г) судомні напади;
- д) кома

11) Які з наведених розладів є типовими наслідками вживання «психоделіків»?

а) стани по типу «flashback»

б) стійкий паркінсонізм;

в) деменція;

г) судомні напади;

д) кома

12) Які з наведених ПАР можуть викликати відстрочені психотичні епізоди галюцинаторно-маячної структури?

а) 2С-в

б) 25-NBOMe;

в) ДОБ;

г) ДМТ;

д) JWH-018

Матеріали для індивідуального усного опитування

1. Визначення «психоделіків» та основні речовини які входять до даної групи.

2. Загальна характеристика психотропного ефекту «психоделіків»

3. ПАР входять до групи похідних фенілетіламіну?

4. ПАР входять до групи похідних триптаміну.

5. Основні відмінності між психоделіками похідними фенілетіламіну та триптаміну.

6. Шляхи розповсюдження та форми прийому похідних фенілетіламіну та триптаміну.

7. Психопатологічні порушення, що виникають внаслідок вживання «психоделіків».
8. Історія популяризації синтетичних канабіноїдів.
9. Основні речовини, які входять до складу «курільних сумішей».
10. Психопатологічні наслідки вживання «курільних сумішей».

Типові задачі (II рівень)

1. Хворий Б., 18 років, навчається у вищому навчальному закладі. Доставлений до психіатричної лікарні бригадою швидкої допомоги у стані психомоторного збудження. Пацієнт на перерві між заняттями, після того як пішов до вбиральні, почав вести себе неадекватно, був дезорієнтований, голосно кричав, намагався вибити вікно у навчальному корпусі, почав роздягатися, застигав у незвичних позах. За психіатричною допомогою раніше не зверталась. Мова розірвана, не зрозуміла, періодично повторює одні й ті самі слова. Рухи стереотипні, гойдається на кушетці. Після нетривалого періоду мовчання імпульсивно піднімається з кушетки та намагається вибігти з кабінету, при утриманні починає голосно кричати. При огляді у кармані куртки хворого було знайдено пустий «зіплок» (герметичний пакетик). Через годину стан пацієнта різко поліпшився до повної відсутності психопатологічних симптомів.

- 1) як слід кваліфікувати даний стан?
- 2) які ПАР найбільш вірогідно є причиною його розвитку?
- 3) яка подальша тактика лікування пацієнта.

2. Пацієнт Е. 31 рік, працює дизайнером. Самостійно звернувся до психіатра зі скаргами на порушення зору. Стверджує, що протягом останніх двох місяців бачить перед очима кольорову «сітку» та кольоровий «шум». На питання щодо причини звернення саме до психіатра, а не до офтальмолога, пацієнт відповідає, що впевнений у тому, що дана проблема не пов'язана з очима. При спробах з'ясувати обставини появи симптомів, пацієнт починає нервувати та явно приховує якісь факти, натомість просить «виписати» ліки.

- 1) як слід кваліфікувати даний стан?
- 2) які ПАР найбільш вірогідно є причиною його розвитку?
- 3) яка подальша тактика лікування пацієнта?

3. Пацієнт Г. 29 років, займається приватним бізнесом. Доставлений у 18:30 бригадою швидкої медичної допомоги до наркологічного диспансеру у стані наркотичного сп'яніння невідомою речовиною. Зі слів лікаря швидкої, пацієнта доставлено з дому у зв'язку з неадекватною поведінкою – то бігав по квартирі, то пересувався рачки, то застигав на місці дивлячись в одну точку. Контакт з хворим був ускладнений, але можна було зрозуміти, що він «в іншому світі». Зі слів друзів хворого, вчора вони разом були у «ночному клубі», де хворий вжив якийсь наркотик у вигляді шматочка паперу, який він поклав за нижню губу. Додатково друзі хворого повідомили, що у зв'язку з відсутністю ефекту від наркотику хворий ще раз повторив дану процедуру через годину після першого разу. Усе це відбувалося біля 23:00. Близько 4 годин ранку хворий почав втрачати контроль над своєю поведінкою, після чого всю

компанію «вигнали» та вони пішли до помешкання хворого, щоб доглянути за ним доки не скінчиться дія наркотику. З оглядом на те, що пройшла майже доба, друзі вирішили викликати швидку.

- 1) як слід кваліфікувати даний стан?
- 2) яка ПАР найбільш вірогідно є причиною його розвитку?
- 3) яка подальша тактика лікування пацієнта.

Нетипові завдання (III рівень)

1. Хворий Ш., 23 роки, вперше госпіталізований у психіатричне відділення. Спадковість психозами не обтяжена. У дитинстві розвивався без особливостей, за характером був м'який, добрий, товариський та довірливий. З 15-ти років періодично вживав марихуану, з плином часу вживання набуло систематичний характер, окрім подрібнених листків марихуани та суцвіть, почав вживати «курильні суміші» та «солі для ванн». Зі слів батька, змінився два тижні тому назад: став замкнутим; висловлював ідеї самозвинувачення; відмовлявся від їжі, казав, що «не заробив на їжу»; припинив відносини з дівчиною, з якою сумісно проживав протягом 2-х років. Через стрімке погіршення стану, вперше був госпіталізований у психіатричну лікарню. У відділенні був скритним, постійно читав Біблію, постійно заявляв, що «тут з нього хочуть зробити дівчину», казав, що «можливо знаходься під впливом диявола...коли брав телефон у кредит, сума щомісячного платежу становила 333 грн...за 2 місяці це виходить 666 гривень...ніколи раніше не звертав на це увагу, а зараз розумію, що це диявол і він хоче мене згубити».

- 1) визначне попередній діагноз (аргументуйте своє рішення).
- 2) які діагностичні методи дозволять більш точно визначити діагноз хворого, які діагностичні обмеження?
- 3) з якими нозологіями та станами необхідно провести диференційну діагностику стану хворого?
- 4) сформулюйте додаткові питання до хворого, що допоможуть встановити роль ПАР у генезі порушень психіки.
- 5) визначте загальні принципи та схему терапії для даного хворого.

2. Пацієнт Н. 25 років.

Анамнез: Спадковість обтяжена, батько зловживав алкоголем, помер в 2008р. Закінчив 11 класів і ПТУ за спеціальністю слюсар. Працював на заводі. Періодично підробляв. В даний час не працює. Знаходиться на утриманні матері. Неодружений. Дітей немає. В армії не служив. Неодноразово притягувався до кримінальної відповідальності, знаходився в місцях позбавлення волі за зберігання та розповсюдження наркотиків.

Зі слів пацієнта: відразу після школи почав вживати різні наркотичні речовини, у тому числі опіоди, спочатку епізодично потім систематично. Протягом останнього року опіоди не вживає, приймає «солі», точну дозу вказати не може. Стан змінилося з осені, коли відновив прийом наркотиків, заявляє, що в квартирі прослуховуючі пристрої, поводить неадекватно, став говорити про те, що за ним стежать, хочуть вбити спецслужби, що мати і сестра з ними в змові, не впускав в кімнату матір і сестру, погрожував їм, заявляв, що ідеї вплив прожекторів, що

його сусіди обговорюють, чув їх «голоси». Зняв кахельну плитку, позривав плінтуса, шпалери, «шукав жучки і відеокамери». Самостійно викликав швидку медичну допомогу, госпіталізований.

Психічний статус: У свідомості. Орієнтований всебічно вірно, напружений. Відповідає після паузи. Мислення паралогічне. Активно висловлює маячні ідеї переслідування, переконаний в реальності своїх переживань, «хотів би з'ясувати, навіщо потрібно за мною стежити – по дорозі з'являються одні й ті ж машини, люди ... і мати і сестра мої там замішані, стежать за мною ... у них є апаратура для спостереження, зйомки і прослуховування». Відчуває обмани сприйняття. На вулиці чує, як люди про нього розмовляють. Заявляє, що в скло в кімнату «хтось світить прожектором – то йде світло, то пропадає». Також каже, що «чоловічий голос в голові попереджає про небезпеку, говорить наперед, як будуть розгортатися події, а я вже сам повинен вирішувати, що робити». У відділенні дратівливий, незадоволений режимом, грубить іншим пацієнтам, постійно порушує режим. На проведеній терапії вийшов з психотичного стану, скарг не пред'являв, повідомив, що вдома пив горілку і вживав «сіль» і що йому «все здалося».

- 1) визначне попередній діагноз (аргументуйте своє рішення).
- 2) які діагностичні методи дозволять більш точно визначити діагноз хворого, які діагностичні обмеження?
- 3) з якими нозологіями та станами необхідно провести диференційну діагностику стану хворого?
- 4) сформулюйте додаткові питання до хворого, що допоможуть встановити роль ПАР у генезі порушень психіки.

5) визначте загальні принципи та схему терапії для даного хворого.

3. Пацієнт Л. 26 років.

Анамнез: спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Єдина дитина в сім'ї. У розвитку без особливостей. Освіта 11 класів і курси масажистів, постійного заробітку не має. В армії не служив через судимість. Неодружений. Проживає з батьками.

За характером активний, наполегливий, останніми роками дратівливий, вимагає у батьків гроші, буває агресивним.

З 17 років вживає наркотики, переважно опіоїди. 5 років тому назад припинив вживання опіатів, почав поєднувати таблетки з алкоголем. П'є запоями по 5-7 днів, толерантність до 1 літра горілки на добу. Останні 2 роки, щоб перервати запої вживає «хімічну марихуану». За день до госпіталізації був 7-денний запій, протягом останніх 2-х днів вживає «хімічну марихуану». Порушився сон, став тривожним, перебуваючи в квартирі, говорив, що чує розмови незнайомих людей, які щось замишляють проти нього, хочуть вбити, збирався захищатися, вимагав у батька їхати і ховатися, заявляв, що чує постріли, на сторонні звуки реагував як на загрозу, взяв ніж для захисту. З ініціативи батька госпіталізований.

Психічний статус: при надходженні – в свідомості. Орієнтований в місці і власної особистості, не може назвати поточну дату, каже, що знаходиться в лікарні 5 днів. Не приховує вживання наркотичних речовин. Дратівливий. У бесіді не зацікавлений, переживання не розкриває – «вже все пройшло». Під час бесіди збудився, погрожує

фізичною розправою, нецензурно висловлюється. Імпульсивний, агресивний. Не виконує інструкції. Вимагає викликати таксі, кидається битися. Після терапії психомоторного збудження – злісний, напружений, зарозумілий, «у мене галюцинації пройшли ще в машині швидкої допомоги ... я наркоман, а не психічно хворий ... це все від алкоголю. У відділенні спостерігалася психотична симптоматика – заявляв, що до нього прийшли батьки, що він знаходиться в готелі. На лікуванні вийшов з психотичного стану.

- 1) визначте попередній діагноз (аргументуйте своє рішення).
- 2) які діагностичні методи дозволять більш точно визначити діагноз хворого, які діагностичні обмеження?
- 3) з якими нозологіями та станами необхідно провести диференційну діагностику стану хворого?
- 4) сформулюйте додаткові питання до хворого, що допоможуть встановити роль ПАР у генезі порушень психіки.
- 5) визначте загальні принципи та схему терапії для даного хворого.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Психіатрія : нормативне виробничо-практичне видання. – К. : МНІАЦ медичної статистики ; МВЦ «Медінформ», 2009. – 628 с.
2. Психіатрія / за ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнєцова, В. А. Вербенко, Л. М. Юр'євої, О. О. Фільца, І.О. Бабюка. - Харків : Оберіг, 2013. - 1164 с.
3. Психіатрія дитячого та підліткового віку : підручник для студентів педіатричних факультетів медичних ВНЗ IV рівня акредитації та лікарів-інтернів / Г. М. Кожина [та ін.]. - Х., 2013. - 259 с.
4. Психіатрія і наркологія : підручник / В. Л. Гавенко, В. С. Бітенський, В. А. Абрамов та ін. ; за ред. В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. — К. : ВСВ «Медицина», 2015. - 512 с.
5. Психіатрія і наркологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков [та ін.]; за ред. О. К. Напрєєнка. - 3-є вид., випр. - 2017. - 424 с.

Додаткова література

1. Бакалюк О. Молодь і психоактивні речовини: фактори ризику і захисту / О. Бакалюк, Н. Олійник // Психологія і суспільство. - 2011. - № 3 (45). - С. 70–95.
2. Бурдін В. М. Стан сп'яніння як обставина, що обтяжує покарання: проблеми сучасного наукового розуміння // Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права. - 2004. - № 1–2. - С. 177–182.

3. Волков В. П. Ятрогенные психонейросоматические синдромы. Глава 1. Злокачественный нейрорептический синдром // Психическое здоровье. - 2015. - № 6. - С. 39–65.
4. Психіатрія (клініко- діагностичні алгоритми) : Навчально-методичний посібник / За ред. проф. Л. М. Юр'євої. – Д. : АРТ-ПРЕС, 2002. – 168 с.
5. Рущенко І. П. Динаміка споживання наркотиків у молодіжному середовищі (за даними соціологічного моніторингу у м. Харкові) / І. П. Рущенко, О. О. Сердюк // Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ. - 2014. - № 4. - С. 230–239.
6. Чугунов В. В. Истинный патоморфоз психиатрической клиники // Український вісник психоневрології. - 2012. - Т. 20, № 3. - С. 233–234.
7. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. – 3-е изд., расширенное. – Харьков: Наука, 2014 / 2015. - 536с.
8. Чугунов В. В. Особенности внутреннего отношения к болезни среди контингента пациентов, страдающих аффективными расстройствами в структуре аддикций / В. В. Чугунов, А. З. Григорян, А. Д. Городокин // Запорізький медичний журнал. 2- 014. - № 6. - С. 61–65.
9. Чугунов В. В. Поєднана методика електросудомної терапії з постіктальним навіюванням у лікуванні наркологічних хворих / В. В. Чугунов, Н. В. Данілевська, В. О. Курило // Медична психологія. – 2016. - № 3. - С. 92–95.
10. Чугунов В. В. Сучасні уявлення про диференційну діагностику шизофреноподібного розладу внаслідок уживання психоактивних

речовин / В. В. Чугунов, І. Ф. Пирогов // Запорізький медичний журнал. - 2014. - № 4. - С. 77–81.

11. В. О. Шаповалова, В. В. Шаповалов, А. О. Осинцева
Визначення доступності лікарських засобів для фармакотерапії
алкогольної та пивної адикції з позиції фармацевтичного і медичного
права та судової фармації / Шаповалова, В. О., Шаповалов, В. В., &
Осинцева, А. О. // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична
стандартизація. – 2014. - № 3-4. - С. 39-46.

12. Ярий В. В. Адиктивний статус дружин чоловіків із
алкогольною залежністю // Медична психологія. - 2015. - Т. 10, № 4. - С.
82–89.