

УПОТРЕБЛЕНИЕ ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Wai-him Cheung,
Anna Kit-sum Lam,
Se-fong Hung

Эпидемиологические исследования продемонстрировали следующие тенденции: употребление психоактивных веществ (ПАВ) – распространённое явление среди подростков; снижается возраст первого употребления; у значительного числа подростков в последующем развиваются стереотипные паттерны употребления. Хорошо известно, что некоторые ПАВ оказывает особо вредное влияние на психическое здоровье и когнитивные функции, что повышает нагрузку на детские и подростковые психиатрические службы. В данной главе внимание, главным образом, будет сфокусировано на употреблении ПАВ, кроме алкоголя и каннабиса, а именно: амфетаминов, бензодиазепинов, кокаина, кодеина, опиатов, «клубных» или «рекреационных» наркотиков (ГНВ – гамма-гидроксипутират; MDMA – метилendioксиметамфетамин, экстази; кетамин; мефедрон), галлюциногенов и летучих веществ или ингалянтов. Термины «психоактивное вещество» и «наркотик» используются как взаимозаменяемые.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространённость употребления ПАВ широко варьируется в разных исследованиях. Исследование под названием «Мониторинг будущего» (Monitoring the Future (MTF)) представляет собой ежегодное крупномасштабное исследование национальных репрезентативных выборок школьников в США, которое проводится с 1975 г. По данным за 2010 г., 16,8% испытуемых хотя бы один раз употребляли другое ПАВ, кроме марихуаны, 11,8% употребляли в течение последнего года и 5,7% – за последние 30 дней (Johnston et al, 2011). Употребление ингалянтов (клей, жидкость для снятия маникюрного лака, бензин, растворители, бутан и компоненты топлива) наиболее распространено среди подростков младшего возраста. Среди респондентов исследования за 2010 г. 7,8% учеников 8 классов сообщали, что употребляли ингалянты к концу 6-го класса, однако наблюдается тенденция сокращения употребления по мере взросления подростков. Другим важным результатом было то, что в 2010 г. процентное соотношение учеников 12-х классов, которые сообщали, что употребляли рецептурные (психотропные) препараты (например, амфетамины, седативные,

транквилизаторы и наркотики, кроме героина) без медицинского наблюдения, составило 15%, незначительно выше, чем в 2009 г (14,4%).

Сообщалось также о подобной тенденции – сокращении употребления ингалянтов по мере повышения возраста, наблюдавшейся среди австралийских школьников; при этом 11% учеников 12-х классов употребляли ингалянты за последний месяц и только 4% из 17-летних подростков – за последнее время (White & Smith, 2009). Данное исследование установило также, что около 5% учеников в возрасте 13 лет и старше употребляли транквилизаторы за последний месяц и около 2% учеников в возрасте 15 лет и старше употребляли амфетамины за тот же период времени. В другом ежегодном исследовании, в котором изучалось курение, употребление алкоголя и наркотиков среди учеников средних школ в возрасте от 11 до 15 лет в Англии, было обнаружено, что 18% учеников когда-либо пробовали наркотики, 12% потребляли наркотики за последний год и 7% – за последний месяц; при этом 3,8% нюхали ингалянты за последний год и менее 2% употребляли другие наркотики. Исследование, проведенное в трех профессионально-технических училищах (возраст 15–21 год) в Таиланде в 1999 году, показало, что 29% студентов когда-либо употребляли метамфетамин. Распространённость позитивного теста мочи на содержания метамfetamina составила 10%, тогда как на содержание опиатов показатель оказался низким (0,2%) (Griensven et al, 2001).

В Гонконге каждые четыре года проводилось обследование учеников последних классов начальной (возраст от 9 до 11 лет) и средней школы (12–18 лет). Обследование за 2008/09 гг. (Narcotics Division of Security Bureau of Hong Kong, 2011) показало, что процентное соотношение употребления в течение всей жизни и за последние 30 дней среди учеников средней школы составило 4,3% и 1,5% соответственно; эти же показатели среди учеников начальной школы оценивались в 1,6% и 0,5% соответственно. Среди потребляющих наркотики учеников средней школы – 15,6% впервые употребили их в возрасте 10 лет и раньше. В отличие от американских и европейских сверстников, в Гонконге больше учеников средней школы употребляли кетамин (49,4%), чем каннабис (35,6%), а ученики последних классов начальной школы предпочитали лекарства от кашля (37,5%) и растворители для краски (30,7%).

ДИНАМИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

Девятнадцатилетнее катамнестическое наблюдение за репрезентативной популяционной когортой дает возможность понять динамику употребления наркотиков от подросткового к взрослому возрасту (Chen & Kandel, 1995). Наиболее рискованный период начала употребления сигарет, алкоголя, марихуаны, в большинстве случаев, заканчивается к 20 годам. Как начало, так и прекращение употребления большинства других наркотиков приходится на конец 20-х годов жизни. По мере взросления сокращаются как распространённость частого употребления, так и количество большинства ПАВ (за исключением курения сигарет), принимаемых в периоды интенсивного употребления. Распространённость употребления рецептурных психотропных

препаратов не обнаруживает существенной динамики со временем, при этом интенсивность потребления стабильно выше среди женщин, по сравнению с мужчинами. Однако, в целом, для всех наркотиков показатели начала употребления выше среди мужчин, тогда как показатели отказа от употребления выше среди женщин.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ ПАВ

Индивидуальные факторы

Пренатальное воздействие ПАВ

- Данные исследований показывают повышение риска употребления алкоголя, каннабиса, кокаина в подростковом и юношеском возрасте у людей, подвергшихся пренатальному воздействию этих веществ (Baer et al, 2003; Day 2006; Delaney-Black et al, 2011)
- Риск обусловлен не только предрасположенностью к расстройству поведения или другим проблемам развития, но также, по всей видимости, напрямую связан с влиянием на внутриматочное развитие нервной системы.

Марк

Марк выглядел исхудалым подростком и был доставлен на осмотр его школьным социальным работником в связи с раздражительным настроением и агрессивным поведением за последний год. Марк выглядел безразличным; он согласился прийти на осмотр только из любезности к социальному работнику, который заботился о нем, хотя Марк посещал школу не часто.

У Марка было тяжелое детство. Его мать была подростком, когда родились он и его старший брат. Вскоре после этого отец бросил семью. Мальчики жили у бабушки до тех пор, пока она не погибла в автомобильной катастрофе через семь лет. С этого момента уход за детьми был дезорганизованным. Как активный, любознательный и импульсивный мальчик, Марк требовал дополнительного внимания с раннего детства. Его мать часто порола его, несмотря на то, что это не помогало справиться с ним. Марк грустил после смерти бабушки, он чувствовал, что ему некому рассказать о том, что старший брат жестоко обращался с ним. Последние несколько лет он несколько раз видел, как его брат вдыхает кетамин. Дома Марк особо не любил мужчину, который жил с его матерью. Его раздражали звуки, которые он слышал поздно ночью. Марк не был также счастлив и в школе; занятия были для него скучными, а сидение в классе пыткой, домашние задания каждый день вызвали отвращение. В классе над ним часто подшучивали, единственными занятиями, которые доставляли ему радость, были уроки физкультуры и каникулы. У Марка часто возникали проблемы с учителями, он считал, что они несправедливо придирались к нему из-за мелочей. В целом учителя считали его необразовательным, но непослушным, болтливым и занимающимся ниже своих способностей учеником. Он занимал последнее место в классе по успеваемости по результатам всех школьных экзаменов, за исключением первого года начальной школы. В четвертом классе посчитали, что он страдает дислексией. Однако ни специальные меры по обучению, ни повторное обучение не помогли ему добиться лучших результатов. Марк у большинства в классе имел репутацию отстающего ученика, его не любили одноклассники, тем не менее, у него было несколько друзей вне школы.

В течение последнего года начальной школы Марк сблизился с некоторыми подростками старше его, проживавшими в одном с ним районе. Он прогуливал школу, чтобы тусоваться с ними, гулял допоздна, курил и выпивал; ситуация ухудшилась после того, как он начал посещать занятия в средней школе. Конфронтации и повышенное внимание со стороны учителей привели к открытому неповиновению и еще больше отдалили Марка от школы. Марк познакомился с кетаминном два года назад. Ему кетамин не нравился, но он не смог отказать друзьям, когда ему предложили попробовать. Он пробовал также другие запрещенные наркотики; его любимым был «айс» (сленговое название метамфетамина (прим. переводчика)) – после употребления он чувствует себя сверхбдительным и сосредоточенным. Марк заметил, что для того, чтобы «словить кайф», ему необходимо принять большее количество, чем раньше, кроме того иногда нужно принимать снотворные таблетки, чтобы избавиться от бессонницы и ярких неприятных сновидений. В последнее время его подруга жалуется, что он стал вспыльчивым и раздражительным

Генетика

- Хотя большинство исследований сфокусировано на алкоголе, данные семейных, близнецовых и исследований приемных детей демонстрируют важную роль наследственности в возникновении расстройств, вызванных употреблением ПАВ (Rhee et al, 2003)
- Недавние исследования пролили свет на роль генетического полиморфизма в индивидуальных отличиях реакции на употребление ПАВ; низкое повторение аллелей гена MAOA ассоциируется с усугублением вредного воздействия кокаина (Alia-Klein et al, 2011)

Развитие

- Подростковый возраст – это период экспериментов и рискованного поведения
- Подростки испытывают потребность в идентификации со сверстниками, чтобы не быть отвергнутыми группой
- Стресс, связанный со сменой ролей и ожиданиями дома и в школе
- Употребляют наркотики, чтобы уйти от реальности и избавиться от тревоги и грусти

Семейные факторы

- Неэффективное, принуждающее или недружелюбное воспитание, насилие, заброшенность и слабый контроль повышают риск как расстройства поведения, так и злоупотребления ПАВ (Fergusson & Woodward, 2000; Armstrong & Costello, 2002).
- Родители, употребляющие наркотики

Социальные факторы

- Доступ к ПАВ (например, от сверстников или в районе проживания)
- Наличие
- Экономические лишения, беспризорность
- Прогулы занятий и исключение из школы
- Преступность

Аманда

Аманда была тихой, впечатлительной и стремящейся к совершенству 15-летней девочкой. В последние десять лет ее семья часто переезжала из страны в страну, так как отец получал разные назначения в транснациональной корпорации. Они переехали в Гонконг шесть месяцев назад. Школьный консультант предложил Аманде пройти осмотр у психиатра после того, как стало известно, что она нанесла себе самопорезы в школьном туалете.

Хотя это был первый случай, когда она нанесла себе порезы, Аманда тихо сопротивлялась каждому переезду семьи. Раньше избавиться от неприятных чувств помогали разговоры с матерью, но последние два года она не хотела тревожить свою мать, которая выглядела усталой и озабоченной. Аманда беспокоилась за мать, которая поздно ложилась спать и не могла уснуть, пока не выпьет несколько таблеток снотворного или немного спиртного, и часто задумывалась над тем, было ли это связано с частыми ссорами с отцом.

Переезд из страны, в которой она прожила три года, и в которой приобрела хороших друзей, был очень болезненным для Аманды. Она ненавидела снова и снова повторявшиеся заверения отца в том, что все будет хорошо. Ее раздражало то, что он считает ее маленькой девочкой. Несмотря на то, что пыталась учиться, Аманда не могла справиться с постоянными переживаниями по поводу переездов семьи, и после последнего из них несколько недель плакала по ночам, пока не засыпала, обессиленная. Проснувшись не отдохнувшей, она с трудом могла сосредоточиться на занятиях в классе. Она редко разговаривала, ее новые одноклассники не выглядели дружелюбными, а старые друзья часто были вне сети, когда она пыталась найти их в интернете. У Аманды было чувство, что ее никто не понимает. Посещение школы становилось все более и более тягостным; ей не хватало энергии закончить домашние задания, не говоря уже о том, чтобы взять в руки гитару, которая раньше приносила ей удовольствие. По выходным она предпочитала оставаться дома. Аманда была расстроена и обеспокоена ухудшением успеваемости в школе и боялась, что никогда не сможет выбраться из затруднительного положения. Она начала воровать таблетки снотворного у своей матери, от которых чувствовала себя несколько заторможенной и одновременно расслабленной. Вскоре Аманда поняла, что несколько этих таблеток, плюс несколько часов уединенности превращают ее спальню в убежище, безопасное и спокойное место, и освобождают голову от всех волнений и тревог. Затем она начала принимать эти таблетки даже в течение дня. Однако за пределами спальни ее ситуация не улучшалась, а на самом деле становилась хуже. В то утро, когда Аманда получила результаты за семестр, она почувствовала, что потерпела полный крах, провалив два предмета. Она закрылась в туалете, разрыдалась и нанесла себе порезы.

Таблица 6.3.1 Характеристики наиболее часто употребляемых психоактивных веществ

Вещество	Физическая форма	Предпочитаемый путь введения	Время обнаружения (в моче)*
Бензодиазепины	Таблетки	Перорально или инъекционно	3 дня
Кокаин	Свободное основание (плохо растворяется в воде)	Путем курения	24 – 96 часов
	Соли (легко растворяются в воде)	Вдыханием через носоглотку или инъекционно	

Вещество	Физическая форма	Предпочитаемый путь введения	Время обнаружения (в моче)*
Кодеин	Раствор, капсулы, таблетки	Перорально	24 – 72 часа
Морфин	Капсулы, таблетки, раствор	Перорально, инъекционно	24 – 72 часа
Декстрометорфан	Таблетки, сироп	Перорально	3 – 5 дней
Гамма-гидроксibuтират (сокр. англ. GHB)	Раствор или белый порошок	Перорально	5 – 12 часов
Героин	Порошок	Путем курения, ингаляционно, инъекционно	24 – 72 часа
Кетамин	Кристаллический порошок или раствор	Вдыханием через носоглотку, перорально или инъекционно	24 -72 часа
Экстази (сокр. англ. MDMA)	Таблетки	Перорально	24 – 72 часа
Мефедрон	Порошок или капсулы	Вдыханием через носоглотку, инъекционно	24 – 96 часов
Метамфетамин	Кристаллический («айс») порошок	Ингаляционно с помощью водяной трубки, путем курения, инъекционно	24 – 72 часа
Алкилнитриты (попперс)	Летучие жидкости в ампулах	Ингаляционно	24 – 48 часов
Органические растворители	Газы или прозрачные жидкости	Вдыханием через нос, ингаляционно	24 – 72 часа
Фенциклидин (сокр. англ. PCP)	Порошок, таблетки, раствор	Перорально, путем курения, инъекционно	14 – 30 дней
Диэтиламид d-лизергиновой кислоты (сокр. англ. LSD)	Таблетки, капсулы, раствор, в т.ч. нанесенный на бумагу	Перорально, ингаляционно, вдыханием через нос, путем курения	1,5 – 5 дней
Зопиклон	Таблетки	Перорально	24 – 72 часа

* Длительность времени обнаружения варьируется и зависит от пути введения, дозы, продолжительности и модели употребления, индивидуального метаболизма и лабораторного порогового значения используемого теста.

СКРИНИНГ

Имеется несколько хорошо проверенных скрининговых инструментов для подтверждения или исключения у молодых людей проблем с наркотиками; результаты, полученные с помощью этих инструментов, позволяют сориентироваться относительно необходимости дальнейшей оценки. К ним относятся:

- *CRAFFT* (см. Приложение G.3.1) – представляющий собой опросник из шести вопросов, заполняемый самими испытуемыми, позволяющий провести скрининг на употребление как алкоголя, так и наркотиков у подростков. По результатам одного из исследований, пороговое значение в виде двух и более ответов «да» имеет чувствительность в 92,7% и специфичность 82,1% (Knight et al, 1999). По всей видимости, это надежный инструмент для скрининга подростков на наличие расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ в подростковых клиниках и в мультиэтнических подростковых популяциях (Knight et al, 2002; Subramaniam et al, 2010).
- *Скрининговый тест на злоупотребление наркотиками у подростков* (англ. *The Drug Abuse Screening Test for Adolescents (DAST-A)*). Этот опросник состоит из 27 вопросов, которые напрямую спрашивают подростков о неблагоприятных последствиях, испытываемых в результате употребления психоактивных веществ. Общая сумма в 6 и более набранных баллов данного теста обладает чувствительностью, специфичностью и диагностической силой положительного результата в 79%, 85% и 82% соответственно (Martino et al, 2000). *DAST-A* обладает хорошей надежностью и достоверностью для скрининга психически больных подростков на наличие проблем, связанных с психоактивными веществами в условиях стационара.
- *Оценка злоупотребления психоактивными веществами у подростков* (англ. *The Assessment of Substance Misuse in Adolescence (ASMA)*) – опросник из 8 вопросов для подростков, не обращавшихся ранее за помощью. Полученные с помощью *ASMA* результаты позволяют отнести респондентов к двум категориям: «подвержен риску» (общая сумма – 8 баллов) выявляет еженедельное или ежедневное употребление наркотиков с 85% чувствительностью и 95% специфичностью; «проблемное употребление наркотиков» (общая сумма – больше 12 баллов) выявляет ежедневное употребление наркотиков с 36% чувствительностью и 99% специфичностью (Willner, 2000).

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Хорошая оценка – ключевой аспект в лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Кроме сбора информации, она дает возможность вовлечь, обучить и мотивировать молодых людей к изменению даже во время первой встречи. Достижения понимания образа жизни пациентов, их стремлений и неудовлетворенных потребностей, вместе с моделью употребления наркотиков и последствиями, играет важную роль в составлении плана лечения.

Таблица G.3.2 Эффекты широко распространенных психоактивных веществ

Вещество	Фармакология	Немедленное действие	Синдром отмены
Бензодиазепины	Агонисты ГАМКА-рецепторов; повышают частоту открытия нейронных каналов для ионов хлора	Успокоение, релаксация, эйфория, нарушение концентрации, дезориентация, сонливость, спутанность, нарушение координации, тремор, амнезия	Бессонница, тревога, тремор, тахикардия, гипертензия, повышенное потоотделение. Преходящие зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации, или иллюзии; головные боли. Судорожные припадки.
Кокаин	Блокатор обратного захвата дофамина, норадреналина, серотонина; вызывает блокаду (умеренную) натриевых каналов.	Эйфория, повышенная концентрация, ощущение прилива энергии, эмоциональный подъем, словоохотливость, снижение аппетита, тревога, беспокойство, панические атаки, раздражительность, паранойя, бредовые идеи, галлюцинации	Усталость, затруднения с концентрацией, тяга, ангедония, яркие неприятные сновидения, миалгия, психомоторная заторможенность – агитация, гиперфагия – анорексия, инсомния – гиперсомния.
Кодеин	Аналог опиоидов, агонист μ -опиоидных рецепторов	Средство от кашля, анальгезия, эйфория, сонливость, депрессия, сужение зрачков	Раздражительность, агитация, инсомния, вялость, апатия, депрессивное настроение, суицидальные мысли, слезотечение, диарея.
Морфин	Агонист μ -опиоидных рецепторов	Эйфория, чувство благополучия, сонливость, угнетение дыхания, сужение зрачков, анальгезия, снижение уровня сознания	Раздражительность, агитация, инсомния, тремор, озноб, ринорея, расширенные зрачки, пилоэрекция, боли в костях, боли в животе, потеря аппетита, рвота, диарея.
Декстрометорфан	Аналог опиоидов, антагонист NMDA-рецепторов повышающий синтез и высвобождение серотонина, а также ингибитор обратного захвата серотонина	Эйфория, фантастические видения, галлюцинации, сонливость, головокружение, невнятная речь, рвота, диарея, кожный зуд	Инсомния, тошнота, гипергидроз, депрессия, трудности с мышлением и памятью

Вещество	Фармакология	Немедленное действие	Синдром отмены
Гамма-гидрокси-бутират (ГНВ)	Активирует ГАМКВ-рецепторы и отдельно GHB-рецепторы	Эйфория, расторможенность, сонливость, невнятная речь, потеря двигательного контроля, повышенная эмпатия и стимуляция сексуальной функции.	Инсомния, тревога, агитация, делирий, галлюцинации, болезненные мышечные судороги, расстройство вегетативной нервной системы
Героин	Агонист μ -опиоидных рецепторов	Эйфория, вялость, апатия, ощущение полной удовлетворенности, сонливость, сужение зрачков, снижение активности.	Инсомния, тревога, агитация, тремор, озноб, ринорея, расширение зрачков, повышение частоты сердечных сокращений и артериального давления, боли в костях, судороги в икроножных мышцах, боли в животе, потеря аппетита, рвота, диарея.
Кетамин	Антагонист NMDA-рецепторов, усиливает высвобождение глутамата	Аналгезия, онемение, амнезия, диссоциация, дезориентация, галлюцинации.	Повышенная утомляемость, инсомния, раздражительность, депрессия.
Экстази (MDMA)	Агонист постсинаптических серотониновых рецепторов	Усиление способности к эмпатии, повышенная уверенность и ощущение удовлетворенности, легкая деперсонализация и дереализация, непроизвольное стискивание зубов, жажда, сухость во рту, возбужденное состояние, нарушение баланса, плохая концентрация, снижение аппетита, головокружение, бруксизм, профузное потоотделение.	Депрессия, тревога, нарушение концентрации.
Мефедрон	Стимулирует высвобождение, затем блокирует обратный нейрональный захват моноаминов	Эйфория, повышенная концентрация, желание говорить с другими, неусидчивость, чувство эмпатии, непроизвольное стискивание зубов, снижение аппетита, инсомния, головные боли, тошнота, учащенное сердцебиение, повышенная половая возбудимость, потливость и холодные синюшные пальцы рук и ног.	Утомляемость, инсомния, заложенность носа, нарушение концентрации, раздражительность, провалы памяти, депрессия, тревога, необычный запах пота, повышенный аппетит и тяга

Вещество	Фармакология	Немедленное действие	Синдром отмены
Метамфетамин	Небольшая доза: блокатор обратного захвата дофамина и норадреналина. Высокая доза: повышает высвобождение дофамина, норадреналина и серотонина	Эйфория, повышение умственной активности, беспокойство, подавление аппетита, повышенная физическая активность, возбуждение, злость, галлюцинации и параноидный бред, помутнение сознания.	Усталость, инсомния или гиперсомния, яркие неприятные сновидения, лабильность настроения, тревога, депрессия, раздражительность, жесточечность, параноидный психоз, суицидальность, стереотипные движения
Алкилнитриты (попперс)	Мощное сосудорасширяющее и расслабляющее гладкую мускулатуру средство	Ощущение прилива тепла и возбуждение.	Тяга, тахикардия, профузное потоотделение.
Органические растворители	Не известно	Возбуждение, расторможенность, сонливость, головокружение, житация, анестезия и плохо координированные движения.	Головные боли, носовые кровотечения, сухой кашель, панические атаки, плохой аппетит, напряженность, тошнота и рвота, боли в грудной клетке, головокружение, депрессия, инсомния.
Фенциклидин (РСР)	Антагонист NMDA-рецепторов, усиливает высвобождение глутамата	Житация, эйфория, нистагм, атаксия, невнятная речь, спутанность, делирий, психоз.	Вокализации, бруксизм, диарея, глазодвигательная гиперактивность, тремор, пилоэрекция, сомнолентность, эпилептические припадки.
Диэтиламид d-лизергиновой кислоты (сокр. англ. LSD)	Агонист 5-HT _{2A}	Усиленное восприятие, яркие галлюцинации, синэстезия, дереализация, панические реакции, гиперактивность вегетативной нервной системы (расширение зрачков, пилоэрекция, повышенное потоотделение, тахикардия, гиперрефлексия, нарушение координации).	Не зафиксирован
Зопиклон	Агонист α 1,2,3 и 5 GABA _A рецепторов	Сокращает латентный период сна, удлиняет медленно-волновую фазу сна	Такой же, как и при злоупотреблении бензодиазепинами.

ГАМК - γ -аминомасляная кислота; 5-HT: 5-гидрокситриптамин (серотонин); MDMA: 3,4-метилендиокси-N-метамфетамин; NMDA: N-метил-D-аспартат.

Общие вопросы:

- Будьте бдительны, ищите симптомы употребления наркотиков
- Установите хороший контакт, поддерживая эмпатическое и непредвзятое отношение к пациенту, способствующее выявлению проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками
- Необходимо прояснить молодым людям и их родителям, в чем заключаются цели и сам процесс оценки
- Ознакомьтесь с местными законами, регулирующими вопросы конфиденциальности относительно злоупотребления психоактивными веществами, и объясните их пациенту и его родителям
- Необходимо поощрять участие родителей
- Из-за относительно более короткого анамнеза и контекста развития (например, проживает с родителями) расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, у подростков могут манифестировать не так, как у взрослых
- Уточняйте понимание молодым человеком симптомов
- Заботьтесь об общем состоянии здоровья и проблемах, связанных с употреблением наркотиков, независимо от того, готов ли пациент прекратить употребление наркотиков.

Анамнез

Необходимо получить следующие данные (см. также Главу А.5):

- Употребляемое вещество (в настоящее время и в прошлом), для каждого вида:
 - Возраст начала употребления
 - Частота
 - Длительность
 - Минимальное, максимальное и обычное количество
 - Путь введения
 - Вещества, принимаемые в сочетании с другими
- Когда начались эпизоды потери памяти и передозировки
- Несчастные случаи, аварии и травмы, связанные с употреблением ПАВ
- Предыдущие попытки прекратить употребление
- Симптомы абстинентного синдрома
- Наличие психотических симптомов и их связь с употреблением наркотиков
- Симптомы психологической или физической зависимости
- Прямые факторы риска:
 - Передозировки, преднамеренные самоповреждения и суицидальные попытки
 - Инъекционное введение
 - Прием двух или более наркотических средств одновременно
- Сопутствующие психиатрические проблемы (например, депрессия, расстройство поведения. Психоз, СДВГ)
- Употребление наркотических средств в опасных ситуациях:
 - Употребление наркотиков в присутствии членов семьи

- Сексуальная эксплуатация и рискованное сексуальное поведение
- Преступное поведение
- Физические проблемы
 - Инфекции (например, гепатит В/С, ВИЧ, венерические заболевания)
 - Урологические проблемы, связанные с употреблением кетамина.

Необходимо также собрать информацию о том, как пациенты понимают свое употребление наркотиков, уточнив у них:

- Уровень осведомленности о ПАВ и связанных с ними рисках
- Где, как и с кем они употребляют ПАВ
- Кто еще из их друзей и членов семьи принимает наркотики
- Использовались ли ПАВ, по мнению пациента, для контролирования настроения, мыслей и поведения

Бекки

Бекки было 16 лет, когда она впервые поступила в психиатрическое отделение больницы общего типа, куда была доставлена в сопровождении полиции. Согласно записи при поступлении она была «истеричной» и пыталась прыгнуть с крыши одного из домов после ссоры со своим молодым человеком. Бекки была спокойной и уравновешенной на второй день поступления и оставалась контактной на протяжении всех десяти дней пребывания в отделении. При проведении диагностической оценки было обнаружено, что Бекки бросила школу за год до госпитализации и с этого времени ничем не занималась. У нее были плохие взаимоотношения с родителями, и они уже привыкли, что она могла отсутствовать дома по несколько дней подряд. За неделю до поступления Бекки сильно расстроилась из-за того, что ее возлюбленный начал встречаться с ее близкой подругой. Она несколько раз пыталась встретиться с ними и поговорить, но они игнорировали ее. Бекки чувствовала себя подавленной, преданной и рассерженной, однако отрицает, что намеревалась покончить с собой. Она рассказывает, что, когда угрожала броситься с крыши, у нее было необычное ощущение «потери контроля». Объективное обследование и лабораторные анализы, в т. ч. и токсикологический скрининг мочи, не обнаружили каких-либо отклонений от нормы; тест на беременность был негативный. Бекки в палате вела себя, в основном, тихо. Ее настроение постепенно улучшалось. За все время поступления не наблюдалось каких-либо отклонений в поведении. Бекки был поставлен диагноз расстройства адаптации.

Ожидалось, что она посетит клинику для дальнейшего наблюдения через две недели, однако она неожиданно появилась через месяц. Во время этого визита, Бекки сообщила, что на протяжении нескольких недель слышала голоса, обращавшиеся к ней и прекратившиеся через несколько дней после выписки из больницы. Она скрыла это, так как боялась, что если кто-то узнает, то ее будут долго держать в больнице. Она снова подчеркнула, что не принимает каких-либо запрещенных наркотиков, но за несколько недель до случившегося употребляла таблетки для похудения. Когда она прекратила их употреблять, голоса также перестали ее беспокоить. Бекки выглядела спокойной и дружелюбной следующие два посещения клиники, но в дальнейшем контакт с ней был потерян. Она снова появилась в клинике спустя пять месяцев и откровенно рассказала, что уже около года вместе с друзьями курит «айс». В течение этого периода она время от времени слышит обращающиеся к ней голоса. Она не была уверена, связаны ли ее галлюцинаторные переживания с употреблением наркотика, поскольку иногда они беспокоили ее исключительно долго. Бекки была на третьем месяце беременности.

- Насколько они понимают, как употребление наркотических веществ влияет на их жизнь
- Их надежды и страхи, связанные с употреблением наркотиков и воздержанием от употребления, прежний опыт жизни без наркотиков и алкоголя
- Отношение семьи к употреблению наркотиков
- Доступная поддержка, в случае изменения поведения, связанного с употреблением
- Ожидания от лечения и уровень мотивации в соответствии с моделью стадий изменения (Prochaska & DiClemente, 1992).

Хорошая осведомленность о психологическом влиянии употребления психоактивных веществ также необходимо для диагностики и планирования лечения, в том числе и глубокое понимание молодыми людьми собственной жизни:

- Их образа жизни
- Чем они в основном занимаются
- Кто оказывает на них влияние
- Как они воспринимают собственную жизнь
- К чему они стремятся, что хотят достигнуть
- Какие их потребности не удовлетворены
- К каким последствиям у них приводит употребление наркотиков
- Какие у них цели.

ДИАГНОЗ

Злоупотребление

Для установления диагноза злоупотребления психоактивным веществом в соответствии с DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) необходимо, чтобы наблюдалась модель повторяющегося время от времени употребления, и как следствие, невозможности выполнения главных ролевых обязательств дома, на работе или в школе; проблемам с законом; социальным или межличностным проблемам; или физически опасным ситуациям в течение 12 месяцев. Параллельная диагностическая категория в МКБ-10 (World Health Organization, 1992) определена как «употребление с вредными последствиями», и акцент сделан на реальном ущербе психическому и физическому здоровью, а не на негативных социальных последствиях для лица, употребляющего психоактивные вещества.

Зависимость

Диагностика зависимости от психоактивного вещества в соответствии с DSM-IV требует удовлетворения трем из семи критериев за последние 12 месяцев: толерантность; синдром отмены; компульсивный характер употребления; неудачные попытки отказаться от приема; количество времени, затрачиваемого на поиски наркотиков, на отказ от их употребления и другие, соответствующие действия; и употребление, несмотря на последствия. Подобные критерии требуются также и в соответствии с МКБ-10. Дальнейшее обсуждение обоснованности разделения злоупотребления и зависимости см. в разделе, посвященном DSM-5, ниже по тексту.

Несмотря на то, что критерии, изложенные в обеих классификациях, используются на протяжении многих лет, до сих пор существуют проблемы с использованием их в отношении подростков. Критерии толерантности, синдрома отмены и медицинских осложнений не всегда можно применить к подросткам из-за относительно короткого анамнеза употребления.

Изменения, предлагаемые для включения в DSM-5

В соответствии с предлагаемыми изменениями в DSM-5 весь раздел должен быть назван «зависимости и родственные расстройства», который также включал бы и зависимость от азартных игр (игровая зависимость, гэмблинг-зависимость, англ. gambling – игра на деньги) – зависимость, не связанная с употреблением химических веществ или поведенческая зависимость. Предлагается ввести новую категорию – «расстройство, вызванное употреблением психоактивного вещества», которая объединила бы две прежде использовавшиеся категории: «злоупотребление психоактивным веществом» и «зависимость» (на том основании, что такое историческое разделение не подтверждено эмпирическими данными), с определением степени тяжести, в зависимости от количества симптомов. Должен быть исключен критерий «проблемы с законом», тогда как должен быть добавлен критерий «пристрастие к наркотикам» (или другой вариант перевода «тяга к наркотику»). При установлении диагноза не учитывают симптомы толерантности и синдрома отмены, если пациент участвует в соответствующей медицинской программе по таким проблемам, как боль, тревога или депрессия до тех пор, пока у них не появятся другие симптомы девиантного поведения, указывающего на компульсивный поиск наркотиков (O'Brien, 2011). Создатели DSM-5 надеются, что таким образом удастся внести ясность в некоторые недоразумения, а также избежать ситуаций, когда у пациентов, страдающих другими психическими расстройствами, отменяется эффективное лечение, для того чтобы начать лечение их «зависимости» (Heilig, 2011).

Станут ли предлагаемые в DSM-5 изменения клинически полезными в разделении пациентов с моделями употребления психоактивных веществ, которые будут реагировать на короткие психологические интервенции, от пациентов, нуждающихся в более интенсивном лечении, станет ясно после дальнейших исследований (Poznyak et al, 2011). К числу критических аргументов относится утверждение, что за исключением острой интоксикации, у пациентов, без явных симптомов зависимости, редко диагностируют проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ в отделениях экстренной медицинской помощи, в обычных больничных отделениях или амбулаторных клиниках, таким образом, мало вероятно, что в отношении них будут применены ранние интервенции, доказавшие свою эффективность у потребителей наркотиков, не страдающих зависимостью (Vabor, 2011). Более того, при объединении диагнозов злоупотребления и зависимости в одно расстройство возможно диагностирование расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ на основании всего лишь двух психологических критериев и субъективного суждения клинициста (Meyer, 2011). Несмотря на некоторые положительные моменты, предлагаемые в DSM-5 критерии для расстройств, вызванных употреблением психоак-

тивных веществ, не намного улучшают их диагностику у молодых людей. Для того, чтобы гарантировать достоверность DSM-5 в выявлении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ на всех этапах формирования, необходимы целевые, связанные с развитием поправки, включая и более четкие определения действующих симптомов (Winters et al, 2011).

Тестирование подростков на наркотики

В соответствии с параметрами современной практики (Bukstein et al, 2005) «токсикология должна быть стандартным элементом формального обследования и текущей оценки употребления психоактивных веществ, как во время лечения, так и после его завершения». Самоотчеты употребляющих наркотики подростков часто ненадежны, особенно в амбулаторных условиях, в школе или в юридических ситуациях. В этой возрастной группе отрицание, социально желательные ответы, беспокойство по поводу юридических или других воспринимаемых последствий приводят к тому, что сообщается неполная информация об употреблении наркотиков. Тестирование на наркотики дает возможность получить объективные данные, необходимые клиницисту для скрининга, диагностики и мониторинга приверженности лечению и его результатов.

В клинических условиях тестирование на наркотики, при использовании наборов иммунологических тестов на наличие наркотиков в моче, позволяющих проводить эту процедуру непосредственно по месту лечения, рентабельно и имеет большое практическое значение. При некоторых обстоятельствах может возникнуть необходимость в подтверждении положительных результатов с помощью газовой хроматографии и масс-спектрологии (например, при применении наказания по приговору суда). Главное ограничение этого метода заключается в том, что большинство психоактивных веществ могут быть выявлены в течение всего 1–3 дней, кроме того необходимо позаботиться о том, чтобы предотвратить манипуляции с образцами мочи (образцы должны собирать под прямым наблюдением персонала того же пола, что и испытуемый; определение pH или удельного веса образца мочи помогает исключить ее разбавление; измерение температуры эффективно в предупреждении фальсификации). Можно также провести тестирование с помощью иммунологических тестов слюны, предназначенных для диагностики в месте наблюдения за пациентом; однако такие тесты более дорогие, у них значительно короче период, в течение которого они могут обнаружить наркотики (6–12 часов). Тестирование волос позволяет обнаружить прием наркотиков в течение последних трех месяцев (за исключением последних 7 дней). Образцы сложно фальсифицировать, но химическая завивка, обесцвечивание и выпрямление волос может влиять на уровень наркотиков в них; такой тест дорогой и не может быть выполнен непосредственно на месте. Тестирование пота позволяет проследить употребление психоактивных веществ на протяжении 1–3 недель. Одежда впитывает в себя выделяемые с потом вещества и их метаболиты; это тоже дорогой метод, хотя немного дешевле, чем тестирование волос. Исследование крови на содержание наркотических веществ эффективно в плане исключения фальсификаций, но это инвазивный и недешевый метод.

До того, как начинать скрининг на наличие наркотиков, необходимо принять во внимание несколько факторов:

- Предполагается, что подростки вступят в конфиденциальные отношения с терапевтом, если они правомочны дать согласие. Таким образом, целесообразно объяснить необходимость и последствия (как позитивных, так и негативных результатов) проверки на употребление наркотиков и получить от подростка информированное согласие
- Не рекомендуется просить пройти проверку на употребление наркотиков исключительно из-за подозрения у родителей
- Терапевту настоятельно рекомендуется рассказать подростку об ограничениях конфиденциальности, о том, кому будут сообщены результаты тестирования, и в чем будет заключаться сама процедура.

Важно помнить о том, что маловероятно обнаружить такие вещества, как амфетамины, кокаин и опиаты в моче через 1 – 4 дня после употребления (см. Таблицу G.3.1). Наличие таких лабораторных тестов не избавляет от необходимости проведения тщательного скрининга с помощью опроса и самоотчетов, но они действительно очень важный инструмент оценки и мониторинга употребления психоактивных веществ. Более того, использование скрининга на наличие наркотиков повышает вероятность того, что подростки сами будут рассказывать о своем употреблении, что также имеет большую терапевтическую ценность. Один из подходов заключается в том, что подростку говорят, что результат вероятнее всего будет позитивным, если он употреблял каннабис в течение последнего месяца. Если подросток подтверждает употребление вещества, клиницист может не настаивать на проведении тестирования. Еще следует отметить, что в клинической практике и при проведении исследований очень часто отказ от прохождения тестирования считается равнозначным позитивному результату (Goldstein, 2009)

ЛЕЧЕНИЕ

После всесторонней и тщательной оценки подростка и его родителей необходимо привлечь к составлению плана лечения. Терапевтические цели, главным образом, будут зависеть от мотивации и обстоятельств каждого индивида. Рационально рассматривать злоупотребление психоактивным веществом, как симптом комплексной дисфункции у молодого человека, в его семье, школьном и социальном окружении, требующей общего согласованного плана решения этой проблемы, который должен быть направлен также на такие аспекты, как привязанность, потребности в образовании, физическое и психологическое здоровье, стиль жизни, взаимоотношения со сверстниками, психологический стресс.

Уровень требуемой помощи будет определяться интенсивностью и сложностью наблюдающихся у пациента проблем и имеющихся у него потребностей. План лечения должен быть реалистичным, приемлемым для пациента и его семьи, и осуществимым с учетом имеющихся ресурсов. Для подростков с несчастным употреблением наркотиков и легкими, связанными с употреблением, проблемами

показано лечение у семейного врача. У тех, кто часто употребляет наркотики и имеет умеренные или выраженные, вызванные употреблением наркотиков, сопутствующие психиатрические нарушения, к наилучшим результатам приведет лечение специалистами в области детской и подростковой психической помощи. Направление в специализированное учреждение, занимающееся проблемами зависимости, рекомендовано в тех случаях, когда комплексные потребности подростка не могут быть удовлетворены на более низком уровне оказания помощи.

Одни вмешательства направлены непосредственно на употребление психоактивных веществ, а именно: психообразование, усиление мотивации, методики снижения вреда и профилактики срывов. Другие нацелены на разные аспекты, такие, как социальные навыки, семейные взаимоотношения, настроение, контроль над импульсами, психическое и физическое здоровье.

Короткие вмешательства (интервенции)

Такие вмешательства рационально применять в таких условиях, как семейная клиника, социальная служба и отделение экстренной медицинской помощи людям с ограниченными контактами с распространителями наркотиков, употребляющим наркотики, но не имеющим полной клинической картины сформировавшегося расстройства, вызванного таким употреблением. Во время рутинного осмотра или в нужное время и в нужном месте всем им необходимо предоставить информацию и рекомендации по снижению вреда, связанного со злоупотреблением наркотиками (например, о переносимых с кровью вирусах). Соответственно можно провести сеанс, направленный на усиление мотивации к изменению поведения, связанного с употреблением наркотиков. Во время такой сессии терапевт должен проанализировать амбивалентность в отношении употребления наркотиков и возможного лечения. При применении минимальных вмешательств было достигнуто повышение показателей воздержания от употребления героина, кокаина и амфетаминов (Bernstein et al, 2005; Baker et al, 2005).

Группы самопомощи

Лучшие примеры таких групп – Анонимные Наркоманы и Анонимные Кокаинисты. Работа таких групп основана на принципах программы 12 Шагов, которая целью выздоровления ставит полную абстиненцию (см. также Главу G1). Несмотря на отсутствие достоверных доказательств эффективности, еженедельное или более частое посещение группы 12-шагов ассоциируется со снижением потребления алкоголя и наркотиков (Fiorentine, 1999). Высказывались также предположения, что опосредованное влияние на поддержание длительного выздоровления среди подростков оказывают социальная поддержка и членство в религиозных организациях (Chi et al, 2009).

Мотивационное интервьюирование

Мотивационное интервьюирование – это техника, помогающая пациентам проанализировать свою амбивалентность в отношении употребления наркотиков и проработать ее. Это достигается с помощью рефлексивного слушания, выявления

противоречий, уклонения от противодействия, реагируя с эмпатией и пониманием, и поддержки самостоятельности в принятии и реализации решений (Miller & Rollnick, 1991).

Терапевту следует принять непредвзятое отношение и подвести пациента к тому, чтобы он самостоятельно выразил озабоченность и идентифицировал проблемы, связанные с употреблением наркотиков. Посредством эмпатического выслушивания и отражения с одновременной модификацией реакций пациента, он поощряется к выражению разногласий между его собственными идеальными целями и настоящим поведением (например, хочет быть высококлассным парикмахером, но продолжает употреблять алкоголь, несмотря на тремор рук). Это помогает повысить мотивацию к изменениям.

Чтобы преодолеть сопротивление к изменениям, терапевт должен избегать конфронтации и споров с пациентом (например, способствует ли метамфетамин повышению работоспособности или нет). Вместо этого терапевт должен уметь понимать систему взглядов пациента, фильтровать и усиливать его обнадеживающие мысли, извлекать убеждения пациента, которые способствуют изменениям, соответствовать стадии изменения пациента, а также выражать одобрение и признавать право пациента на свободу выбора и саморегуляцию поведения (Rollnick & Miller, 1995).

Потребители наркотиков, которые прошли мотивационное интервьюирование с большей вероятностью сокращали употребление наркотиков, лучше придерживались рекомендаций по лечению, дольше оставались в лечении, меньше имели психических проблем после лечения, чаще других воздерживались от употребления и реже срывались (Baker et al, 2001; Daley et al, 1998; Macgowan & Engle, 2010; Saunders et al, 1995).

Профилактика срывов

Профилактика срывов включает в себя тренинг поведенческих навыков, когнитивный тренинг и изменение стиля жизни (Marlatt & Gordon, 1985). Цель данного подхода состоит в том, чтобы научить потребителей наркотиков идентифицировать, предвидеть и справляться с ситуациями высокого риска, которые могут привести к срыву. Пациенты поощряются к тому, чтобы ставить перед собой достижимые цели, повышающие их самоэффективность. Необходимо пролить свет на мифы, касающиеся восприятия пациентом действия наркотиков. Переосмысление значения событий, приводящих к срыву, помогают минимизировать сознание неудачи, способствует созданию плана работы над предотвращением срыва и снижает шансы рецидива. Кроме того, для повышения самоэффективности пациентам рекомендуют более часто в повседневной жизни вовлекаться в положительные, подкрепляющие и понижающие стресс занятия.

Обзор 24 вмешательств, при употреблении психоактивных веществ, показал, что профилактика срывов обладает эффективностью, сопоставимой с другими методами активного лечения (Carroll, 1996), может снижать интенсивность эпизодов срывов, если они имеют место, и приводит к лучшим результатам даже среди наркоманов с тяжелыми формами расстройства (Carroll et al, 1991; Carroll

et al, 1995). Недавний обширный обзор установил, что вмешательства по профилактике рецидивов, основанные на принципах самопомощи демонстрируют значительный суммарный эффект в повышении частоты длительной абстиненции у курильщиков (Agboola et al, 2010). Еще один мета-анализ 53 контролируемых исследований КПТ, основанной преимущественно на подходе профилактики срывов, показал, что 58% индивидов, получавших КПТ, имели лучшие результаты, чем испытуемые в сравниваемых группах (Magill & Ray, 2009).

Управление непредвиденными обстоятельствами

Управление непредвиденными обстоятельствами – это один из видов поощряющих программ для мотивирования к поддержанию абстиненции, использующих в качестве вознаграждения деньги или ваучеры для совершения покупок, либо привилегии, такие как принимаемый дома метадон (см. также Главы G.1 и G.2). Абстиненция обычно оценивается с помощью тестирования на содержание наркотиков в моче. Размер вознаграждения (например, денежная стоимость ваучера) обычно повышается по мере увеличения продолжительности непрерывной абстиненции (например, количества последовательных тестов мочи на содержание наркотиков). Обнаружено, что управление непредвиденными обстоятельствами эффективно у резистентных к лечению пациентов (Gossop, 2003).

Семейные вмешательства

Семейные вмешательства оказались до некоторой степени успешными в снижении потребления наркотиков, уменьшении риска дальнейшей вовлеченности в потребление, лучшей приверженности лечению и содействии защитным факторам во многих сферах жизни подростков.

Многомерная семейная терапия нацелена на то, чтобы сменить стиль жизни подростка, диктуемый употреблением наркотиков, на нормальный, соответствующий стадии развития, образ жизни, а также на улучшение функционирования, на достижение более ответственного отношения родителей и улучшение их навыков по воспитанию, а также коммуникации с подростком (Liddle, 2002). Многомерная семейная терапия стремится к ослаблению факторов риска и содействию защитным факторам у индивида, в семье, среди сверстников и в школе, снижению уровня потребления наркотиков и преступности (Liddle et al, 2004; Rowe et al, 2003; Rowe 2010). Исследование показало, что многомерная семейная терапия приводит к лучшим результатам лечения у молодых людей с более тяжелыми формами употребления наркотиков и более выраженной психической коморбидностью при сравнении с индивидуальной когнитивно-поведенческой терапией (Henderson et al, 2010).

Фармакологическое лечение

Фармакотерапия в отношении молодых людей, которые регулярно злоупотребляют психоактивными веществами, может быть использована для немедленного уменьшения вреда от употребления, стабилизации их состояния и предоставления им возможности для совершения действий, направленных на поддержание абстиненции (Department of Health UK, 2007).

Фармакотерапия эффективна при:

- Лечении наркотической абстиненции
 - В процессе детоксикации
 - Для устранения или ослабления проявлений синдрома отмены, когда физически зависимый пациент прекращает употреблять наркотики
- Заместительной терапии (называемой также поддерживающей или замещающей терапией)
 - Назначение вещества с тем же фармакологическим действием, что и употребляемый наркотик, но с меньшей степенью риска
 - Чтобы снизить подверженность влиянию рискованного поведения и стабилизировать оздоровительное и социальное функционирование, прежде чем заняться измерением физической адаптации зависимости
- Профилактике рецидивов
 - Предупредить срыв после детоксикации

Зависимость от бензодиазепинов

Детоксикация пациентов, страдающих бензодиазепиновой зависимостью, редкой у подростков, должна тщательно планироваться и подвергаться пристальному мониторингу на предмет наличия симптомов синдрома отмены, таких как бессонница, беспокойство, мышечные спазмы и судороги. Необходим также мониторинг психического состояния и суицидального риска. Стационарная детоксикация более показана пациентам с низкой приверженностью лечению в прошлом, и у которых есть риск возникновения судорожных припадков. В процессе детоксикации широко используется один из бензодиазепинов длительного действия (например, диазепам) с постепенным снижением дозы. Назначение бензодиазепинов в качестве поддерживающей терапии не рекомендуется.

Зависимость от психостимуляторов

Регулярные потребители при прекращении приема психостимуляторов описывают такие симптомы, как тяга (страстное желание употребить), инсомния или гиперсомния, вялость, агитация и депрессия. Однако отсутствуют медикаменты, эффективные в лечении амфетаминовой абстиненции (Shoptaw et al, 2009). Наличие депрессивного настроения, раздражительности, суицидальных и насильственных мыслей при отказе от употребления требует тщательного наблюдения. Психотические симптомы, связанные с употреблением психостимуляторов, как правило, длятся недолго и исчезают спонтанно после прекращения употребления. Заместительная терапия (например, бупропион, дексамфетамин, метилфенидат, модафинил, мазиндол, метамфетамин и селегилин) не рекомендована (Castells et al, 2010; Department of Health UK, 2007).

Зависимость от опиатов

Синдром отмены при опиоидной зависимости может быть очень неприятным, но редко представляет собой угрозу жизни. Пациент обычно жалуется на боли в мышцах и костях, бессонницу, тошноту или рвоту, гусиную кожу, озноб, потли-

вость, ринорею, зевоту и слезящиеся глаза. Симптомы синдрома отмены могут быть ослаблены с помощью:

- Метадона с постепенным снижением доз
- Бупренорфина
- Клонидина и лофексидина
- Симптоматического лечения
- Акупунктуры.

Если пациент не готов полностью отказаться от употребления опиатов, то может быть рекомендована заместительная терапия метадоном (хотя в некоторых странах такое лечение не принято или запрещено законом). Метадон помогает облегчить симптомы синдрома отмены, ослабляет тягу и блокирует эйфорический эффект запрещенных опиоидов. Заместительная терапия метадоном помогает также снизить распространение инфекций, передающихся с помощью внутривенных инъекций, таких как гепатит и ВИЧ, за счет того, что наркоманы меньше используют инъекционный путь введения, в т. ч. с помощью общих игл, реже вступают в рискованные сексуальные связи (например, одновременно со многими партнерами или оказывая сексуальные услуги в обмен на деньги или наркотики) у зависимых от героина (Gossop et al, 2002; Gowing et al, 2011; Sorensen & Copeland, 2000). Это предпочтительный метод лечения для беременных подростков, зависимых от героина.

Во многих странах ведутся споры по поводу заместительной терапии метадоном, несмотря на многочисленные доказательства его эффективности в уменьшении вреда. Это связано с тем, что метадон рассматривается как легально доступный опиоид. Кроме того, нередко оказывается, что некоторые пациенты, принимающие метадон, употребляют также героин.

Бупренорфин – частичный агонист-антагонист опиоидных рецепторов не менее эффективен, чем метадон, в качестве средства для заместительной терапии, помогающего сократить употребление нелегальных наркотиков и удержать пациентов в терапии (Johnson et al, 2000). По сравнению с метадоном, бупренорфин более безопасен (более низкий риск передозировки) и легче переносится. Сообщается также о менее выраженных явлениях синдрома отмены при проведении детоксикации. Для того, чтобы предупредить внутривенное использование вещества, прежний препарат, содержащий бупренорфин (Субутекс®) заменен на сочетание бупренорфина с налоксоном (Субоксон®). Субоксон® выпускается в виде сублингвальных таблеток и пастилок. Обе лекарственные формы принимаются один раз в день. Сублингвальные пастилки, в отличие от таблеток, имеют более приятный вкус и быстрее всасываются.

Налтрексон – это пероральный антагонист опиоидных рецепторов длительного действия, который блокирует или ослабляет эффекты опиоидов, включая эйфорию. Налтрексон хорошо переносится в обычной дозе, аверсивный эффект в виде провоцирования симптомов абстинентного синдрома возникает только при употреблении опиоидов. Он может использоваться для предупреждения срывов после отказа от употребления опиоидов (Marsch et al, 2005), хотя чаще



Фрагмент художественного фильма «Самсон и Далила», демонстрирующий вдыхание паров бензина абorigенами Австралии, и его эффект. Самсон и Далила живут в своем маленьком мире – изолированной общине в Центральной австралийской пустыне. Когда случается трагедия, они уходят из дома и отправляются в путешествие, борясь за выживание. Потерянные, никому не нужные и одинокие, они узнают, что жизнь не всегда справедлива, но любовь никогда не судит (14:56):

<https://www.youtube.com/watch?v=v4N89ZTZELU&feature=relmfu>

применяется в лечении алкоголизма. Принимая налтрексон, пациенты должны избегать употребления медикаментов, содержащих опиаты (например, сироп от кашля, болеутоляющие средства). В связи с риском гепатотоксичности, рекомендовано обследовать и периодически контролировать функцию печени.

Злоупотребление летучими веществами

При проведении детоксикации от ингалянтов не используются какие-либо специфические лекарственные препараты. При острой интоксикации состояние пациентов необходимо оценивать и лечить симптоматически. Следует тщательно контролировать гидратацию и состояние кардиореспираторной системы. Необходима спокойная и поддерживающая окружающая обстановка. Иногда необходимо назначение антиаритмических средств и бета-блокаторов для того, чтобы стабилизировать сердечный ритм; следует избегать назначения симпатомиметиков или бронхолитиков. Необходимо также лечение коморбидных психиатрических заболеваний (Williams et al, 2007; Baydala 2010).

ПРОФИЛАКТИКА

Употребление психоактивных веществ подростками – это результат взаимодействия факторов риска и защитных факторов, индивидуальных и внешних: семья, группа сверстников, школа и местная социальная община. Цель профилактики заключается в том, чтобы сократить или перенести на более поздний возраст начало употребления для того, чтобы отсрочить прогрессирование от экспериментирования до проблемного употребления и минимизировать осложнения.

Универсальная профилактика

Универсальные действия по профилактике могут быть направлены на общую популяцию и на школьную. Содержание таких мер, главным образом, сфокусировано на передаче информации о текущем положении дел с наркоманией, о возможных осложнениях и путях их преодоления. Такая информация передается широкой общественности через средства массовой информации с тем, чтобы повысить общественную осведомленность по проблемам, связанным с наркотиками. Тренинг персональных и социальных навыков, советы по разработке курса обучения для повышения уровня знаний по проблемам, связанным с употреблением наркотиков, а также обучение навыкам по воспитанию могут быть реализованы с помощью мероприятий, реализуемых в школах. Было доказано, что школьные программы, нацеленные на усовершенствование навыков, эффективны в сокращении уровня потребления наркотиков (Faggiano et

al, 2005), но не эффективны в сокращении курения табака и злоупотребления алкоголем (Thomas & Perera, 2006).

Европейское исследование профилактики наркомании (The European Drug Addiction Prevention trial) представляет собой крупномасштабную школьную программу, в которой приняли участие 170 школ (7079 учеников в возрасте от 12 до 24 лет) из семи европейских стран. Программа заключалась в 12-часовом курсе обучения, основанном на методике комплексного социального воздействия со специальным акцентом на убеждениях школьников о наркотиках и их употреблении. Программа продемонстрировала устойчивый позитивный эффект на протяжении 18 месяцев в отношении употребления алкоголя и наркотиков (Faggiano et al, 2010).

Целевая профилактика

Целевая профилактика фокусирует внимание на тех, кто относится к группе высокого риска употребления наркотиков. Уязвимые молодые люди и их родители выявляются либо учителями, либо социальными работниками для того, чтобы в дальнейшем провести с ними тренинг по выработке навыков, например, по навыкам контроля над импульсами и решения проблем для подростка и обучение навыкам воспитания для родителей. Примером такого подхода может быть проект «Нет злоупотреблению наркотиками» (англ., – Towards No Drug Abuse (Project TND)), финансируемый Национальным институтом по проблемам наркомании (National Institute on Drug Abuse) и предназначенный для подростков в возрасте от 14 до 19 лет, посещающих как общеобразовательные, так и альтернативные школы. Проект TND нацелен на профилактику употребления табака, алкоголя и других психоактивных веществ, и на то, чтобы помочь ученикам сделать здоровый, информированный выбор. Обучение проводится в виде 40 – 50-минутных уроков и фокусируется на следующих сферах:

Мотивационные факторы:

- Направлены на установки, убеждения, ожидания и стремления учеников, касающиеся употребления наркотиков
- Направлены на ошибочные когнитивные предположения учеников и мифы вокруг употребления наркотиков.
- Навыки (социальные, по самоконтролю и решению проблем):
- Нацелены на обучение школьников более здоровым навыкам решения проблем, коммуникации и самоконтроля, с тем, чтобы они не прибегали к употреблению психоактивных веществ.

Принятие решений:

- Как принимать решения
- Брать на себя обязательство не принимать наркотиков и делиться опытом и знаниями, приобретенными в проекте TND со своими сверстниками.

Sussman и коллеги (2004) установили, что TND сокращает употребление психоактивных веществ среди подростков как при кратковременном, так и при длительном (1 год) катамнестическом наблюдении. Кроме того, они также про-

демонстрировали, что TND оказался эффективным среди учеников старших классов общеобразовательной школы и среди подростков из группы риска, посещавших альтернативные школы. Однако на результаты могут влиять такие факторы, как стигматизация и критерии отбора в группу «высокого риска».

ПРИЛОЖЕНИЕ G.3.1

CRAFFT

(аббревиатура, составленная из первых букв слов, содержащихся в каждом из вопросов – С – CAR (автомобиль), R – RELAX (расслабляться), A – ALONE (в одиночестве) F – FORGET (забывать), F – FRIENDS (друзья), T – TROUBLE (неприятность))

С	Вы когда-нибудь садились в АВТОМОБИЛЬ, за рулем которого находился человек (включая вас) в состоянии алкогольного опьянения, под действием наркотиков или “под кайфом”?
R	Вы когда-нибудь употребляли алкоголь или наркотики для того, чтобы РАССЛАБИТЬСЯ, самоутвердиться или “вписаться”?
A	Вы когда-нибудь употребляли алкогольные напитки или наркотики без друзей, В ОДИНОЧКУ?
F	Вы когда-нибудь ЗАБЫВАЕТЕ то, что делали под влиянием алкогольных напитков или наркотиков?
F	Ваши родственники или ДРУЗЬЯ когда-нибудь говорили вам, что вам нужно меньше пить или употреблять меньше наркотиков?
T	Вы когда-нибудь попадали в НЕПРИЯТНОСТИ, находясь под влиянием алкогольных напитков или наркотиков?

Источник: Knight JR, Sherritt L, Shrier LA et al (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 156:607-614.

- Agrawal A, Lynskey MT (2009). Candidate genes for cannabis use disorders: findings, challenges and directions. *Addiction*, 104:518-532. doi: 10.1111/j.13600443.2009.02504.x
- Alexander D, Leung P (2006). The Marijuana Screening Inventory (MSI-X): concurrent, convergent and discriminant validity with multiple measures. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32:351-378. doi:10.1080/00952990600753594
- Allsop DJ, Norberg MM, Copeland J et al (2011).
- Anderson P, Chisholm D & Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009;373:2234–2246.
- Anthony JC, Helzer JE (1991). Syndromes of drug abuse and dependence. In LN Robins, DA Regier (eds), *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press, pp116-154.
- Anthony JC, Warner LA, Kessler RC (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2, 244-268.
- Armstrong TD, Costello EJ (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70:1224-1239.
- Baydala L (2010). Inhalant abuse. *Paediatrics & Child Health*, 15(7):443-448.
- Benyamina A, Lecacheux M, Blecha L et al (2008). Current state of pharmacotherapy and psychotherapy in cannabis withdrawal and dependence. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8:479-491.
- Boden JM & Fergusson DM. The short and long-term consequences of adolescent alcohol use. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:32-46.
- Bonomo Y. The clinical interview of young people about alcohol use. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:197-211.
- Caria MP, Faggiano F, Bellocco R & Galanti MR, and the EU-Dap Study group. Effects of a school-based prevention program on European adolescents patterns of alcohol use. *Journal of Adolescent Health* 2011; 48: 182-188
- Chen K, Kandel DB (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85:41-47.

- Chi FW, Kaskutas LA, Sterling S et al (2009). Twelve-step affiliation and 3-year substance use outcomes among adolescents: social support and religious service attendance as potential mediators. *Addiction*, 104: 927–939.
- Department of Health, UK (2007). *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*.
- Copeland J, Gilmour S, Gates P et al (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: Factor structure, reliability, and validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80:313–319.
- Copeland J, Swift W, Roffman RA et al (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21:55–64.
- Deas D & Clark A. Psychosocial treatments for adolescents with alcohol use disorders. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:258–270.
- Donaldson L. *Guidance on the Consumption of Alcohol by Children and Young People*. Department of Health, United Kingdom, 2009.
- Duailibi S, Ponicki W, Grube J et al. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. *American Journal of Public Health*, 2007;97:2276–2280.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G et al (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108:56–64.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 97:1123–1135.
- Fuller E (ed) (2011). *Smoking, Drinking and Drug Use among Young People in England in 2010*. Health and Social Care Information Centre, Lifestyles Statistics.
- Gore FM, Bloem P, Patton GC et al. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, 2011; 377: 2093–2102. doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6.
- Gossop M (2003). *Drug Addiction and Its Treatment*. New York. NY: Oxford University Press.
- Henderson CE, Dakof GA, Greenbaum PE et al (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78:885–897.
- Hendriks V, van der Schee E, Blanken P (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119:64–71. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021

- Jackson R, Johnson M, Campbell F et al. *Screening and Brief Interventions: Effectiveness Review to the National Institute for Health & Clinical Excellence*. Sheffield: The University of Sheffield, School of Health and Related Research (ScHARR); 2009).
- Johnson BA. Pharmacological approaches to the treatment of alcohol dependence in the young. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:271-307.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman J & Schulenberg JE. Monitoring the Future. National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2010. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 2011.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG et al (2009). Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use.
- Kelly JF & Yeterian JD. Alcoholics Anonymous and young people. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:308-326.
- Knight JR Shrier, LA, Bravender TD et al (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*;153:591-596.
- Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA et al (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Family based versus group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36:4963.
- Marsch LA, Bickel WK, Badger GJ et al (2005). Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescents. A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 62:1157-1164.
- Martino S, Grilo CM, Fehon DC (2000). Development of the Drug Abuse Screening Test for Adolescents (DAST-A). *Addictive Behaviours*, 25:57-70.
- McMorris BJ, Catalano RE, Kim MJ et al. Influence of family factors and supervised alcohol use on adolescent alcohol use and harms: similarities between youth in different alcohol policy contexts. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2011; 72:418-428.)
- Miele GM, Carpenter KM, Smith Cockerham M et al (2000). Substance Dependence Severity Scale (SDSS): reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 59:63-75. doi: S03768716(99)00111-8
- O'Brien C (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*, 106:866-867.
- Ogders CL, Caspi A, Nagin DS et al. Is it important to prevent early exposure to drugs and alcohol among adolescents? *Psychological Science*. 19:1037-1044, 2008.
- Rey JM & Saltz RF. Preventing and responding to alcohol misuse in specific contexts: Schools, colleges, the military. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:105-121.

- Saunders JB, Anderson P & Rey JM. Alcohol policies, alcohol consumption and harm in youth. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011:170-196.
- Schweinsburg AD, Schweinsburg BC, Medina K et al (2010). The influence of recency of use on fMRI response during spatial working memory in adolescent marijuana users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42:401-412. Sewell RA, Ranganathan M, D'Souza DC (2009). Cannabinoids UNODC (2008). *2008 World Drug Report*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Skidmore SH, Juhasz RA & Zucker RA. Early onset drinking. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell 2011: 18-31.
- Spear LP. Alcohol and the developing brain. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell 2011: 66-82.
- Stanger C, Budney A, Kamon J & Thostensen J. A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 2009;108:240-47
- Teesson M, Memedovic S, Mewton L et al. Detection, evaluation and diagnosis of alcohol use disorders. In Saunders JB, Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell 2011:212-230.
- Vaca FE & Sayegh R. Recognition and acute management of severe alcohol intoxication and withdrawal in youth. In Saunders JB & Rey JM (editors). *Young People and Alcohol: Impact, Policy, Prevention and Treatment*. Oxford: Wiley-Blackwell 2011: 231-246.
- Vandrey R, Budney AJ, Kamon JL et al (2005). Cannabis withdrawal in adolescent treatment seekers. *Drug and Alcohol Dependence*, 78:205-210. and psychosis. *International Review of Psychiatry*, 21:152-162. doi: 10.1080/09540260902782802
- Waldron HB, Turner CW (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:238-261. doi: 10.1080/15374410701820133
- WHO. *Global Status Report on Alcohol and Health*. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2011.
- Willner P (2000). Further validation and development of a screening instrument for the assessment of substance misuse in adolescents. *Addiction*, 95:1691-1698.
- Winters KC, Leitten W (2007). Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21:249-254. doi: 10.1037/0893164X.21.2.249
- Winters KC, Martin CS, Chung T (2011). Substance use disorders in DSM-V when applied to adolescents. *Addiction*, 106:882-883.