# Особенности сочетания пивного алкоголизма с гашишной наркоманией у подростков

Д.м.н., проф. А.В. ПОГОСОВ, Е.В. АНОСОВА

## Some features of teenage beer alcoholism combined with hashish addiction

A.V. POGOSOV, E.V. ANOSOVA

Кафедра психиатрии и клинической психологии Курского государственного медицинского университета

**Наблюдали 60 подростков мужского пола, у которых диагностирован пивной алкоголизм, сочетающийся с гашишной наркоманией. Потреблению пива способствовали существующие в микросоциуме питейные обычаи и традиции, любопытство, давление окружающих, а также бытующее среди подростков мнение о безвредности пива и его доступность. Во всех случаях начало приема гашиша происходило на фоне сформировавшегося пивного алкоголизма. Особенности заболевания в случаях сочетанной патологии проявлялись созданием одним заболеванием (пивной алкоголизм) условий для возникновения другого (гашишная наркомания), полиморфизмом клинической картины (синдром зависимости включает проявления двух заболеваний) и взаимовлиянием сосуществующих заболеваний. Значительное место в клинической картине смешанного опьянения занимали психосенсорные расстройства. Своеобразие синдрома измененной реактивности организма заключалось в росте толерантности к гашишу при стабильном количестве употребляемого пива. В клинической картине синдрома патологического влечения присутствовали симптомы, характеризующие влечение к обоим ПАВ. Абстинентный синдром при сочетанном приеме пива и гашиша характеризовался значительным удельным весом психических нарушений (дисфорические проявления). Личностные изменения у подростков способствовали повышению криминальной активности.**

***Ключевые слова:*** *подростки, пивной алкоголизм, гашишная наркомания, лечение.*

**Sixty male teenagers with beer alcoholism combined with hashish addiction were examined. The beer consumption was promoted by drinking customs existing in the microsociety, curiosity, pressure of other people, the existing opinion on harmlessness of beer and its availability. In all cases, subjects began to use hashish after the development of beer alcoholism. Peculiarities of combined pathologies were as follows: one disease (beer alcoholism) created conditions for the development of another one (hashish addiction); the polymorphism of clinical symptoms (the syndrome of addiction included symptoms of both diseases); reciprocity of these diseases. Psychosensory disorders played a central role in clinical presentations of mixed intoxication. There was the increase of tolerance to hashish while the amount of consumed beer remained stable. Symptoms characteristic of dependence of both psychoactive substances were present in the clinical presentations of the syndrome. Mental disorders (dysphoric signs) were observed more frequently in the abstinent syndrome in the combined beer and hashish reception. Personality changes in teenagers promoted criminal activity.**

***Key words:*** *teenagers, beer alcoholism, hashish addiction, treatment.*

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением несовершеннолетними психоактивных веществ (ПАВ), являются одной из наиболее актуальных проблем современной наркологии. В настоящее время накоплено большое количество данных, касающихся особенностей развития наркологической патологии у подростков, факторов риска, мотивов злоупотребления ПАВ, их распространенности, клинических проявлений [1, 3, 7, 9]. В качестве основных тенденций распространения потребления ПАВ среди несовершеннолетних отмечены предпочтение легких спиртных напитков (пиво, спиртосодержащие коктейли) и частота их сочетания с гашишем и другими ПАВ [2, 4, 6]. Последнее дает основания для более подробного изучения различных аспектов сочетанных форм наркологической патологии у несовершеннолетних и, в частности, пивного алкоголизма и гашишной наркомании.

Цель настоящей работы — клинико-динамическое изучение особенностей пивного алкоголизма, сочетающегося с гашишной наркоманией у подростков.

## Материал и методы

В период с 2005 по 2007 г. в психиатрических и наркологических учреждениях Белгородской области (отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, областной наркологический диспансер) были обследованы 60 подростков мужского пола — потребителей пива и гашиша.

© А.В. Погосов, Е.В. Аносова, 2010

E-mail: inchikp@yandex.ru

Основным методом исследования явился клинико-психопатологический, который был дополнен психологическим обследованием. Клинико-психопатологическое исследование осуществлялось по схеме, предусматривающей расспрос (изучение жалоб, анамнеза жизни и заболевания) и наблюдение. Индивидуально-личностные особенности подростков изучались путем анализа результатов диагностической беседы, наблюдения, патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) [5]. Это дополнялось информацией, предоставленной родственниками, сведениями из медицинской документации, психолого-педагогических характеристик и материалов уголовных дел.

## Результаты и обсуждение

Проведенное исследование позволило установить определенную роль некоторых биологических (наследственная отягощенность), социальных (аномальные семьи — неполные, деформированные и др.) и психологических (акцентуации характера) факторов в приобщении подростков к потреблению ПАВ.

При изучении анамнеза жизни подростков было установлено существенное преобладание лиц с наследственной отягощенностью наркологической патологией (злоупотребление алкоголем либо алкоголизм родителей). Она выявлена в 43 (71,67%) случаях: по линии отца у 26 (43,33%) подростков, по линии матери у 3 (5,0%), по линии обоих родителей — у 14 (23,33%). Лишь 17 (28,33%) подростков отрицали наркологические проблемы у своих родителей.

В полных семьях воспитывались 19 (31,67%) человек, из них 4 (6,67%) — матерью и отчимом; в неполных семьях — 22 (36,67%), из них 2 (3,33%) — отцами. Под опекой находились 3 (5,0%) подростка, в детских домах и интернатах — 9 (15,0%). В деформированных семьях воспитывались 7 (11,66%) подростков: 5 (8,33%) проживали с бабушками, по 1 (1,67%) — со старшим братом и самостоятельно. Деформация семейных отношений у обследованных была связана с тем, что после вступления их матерей в повторные браки подростки предпочитали жить в других семьях. У 41 (68,33%) подростка в преморбидном периоде наблюдалась акцентуация характера. Преобладали истероидные, возбудимые, неустойчивые и эпилептоидные типы акцентуации, которые в одних случаях были изолированными, в других — в различных сочетаниях.

При изучении наркологического анамнеза установлено, что средний возраст приобщения к употреблению пива у обследованных составил 12,5±0,5 года. Только 3 (5,0%) подростка связали факт первого приема алкоголя (пива) со случайным стечением обстоятельств; 22 (36,67%) попробовали алкоголь по предложению родителей или родственников во время семейных торжеств; 35 (58,33 %) впервые приняли алкоголь в компаниях сверстников. Среди мотивов употребления алкоголя у 18 (30,0%) было любопытство; давление окружающих («чтобы не выделяться») — у 10 (16,67%), у 5 (8,33%) — желание утолить жажду («как в рекламе по телевизору»); 2 подростка (3,33%) связывали первый прием пива со скукой, желанием встряхнуться («от нечего делать»). Предпочтение пива во всех случаях было обусловлено его доступностью и относительной дешевизной, а также распространенным среди подростков мнением о безвредности пива («от пива зависимости не бывает»). Опьяняющая доза при первой пробе пива у подростков составляла от 50 до 250—300 мл. 48 (80,0%) человек испытали в этот момент подъем настроения, который был от едва заметного улучшения состояния («как-то лучше стало») до выраженной эйфории («веселее стало», «радость появилась»). У 6 (10,0%) подростков наблюдалось «приятное расслабление». Такое же число (6,0—10,0%) подростков после первой пробы пива не смогли вспомнить каких-либо значимых для себя и заметных изменений своего состояния. В последующем в течение срока до 6—12 мес частота приема пива была от 1 раза в мес до 2—3 раз в нед, обычно в компаниях сверстников на улице, на дискотеках, в кафе, барах. В этот период формировалось избирательное отношение к пиву разных сортов — подростки пробовали многие, останавливаясь на 2—3 наиболее приемлемых, оценивая прежде всего по вкусу («мягко пьется!»), отсутствию постинтоксикационных проявлений («голова наутро не болит»). Возникали первые признаки дезадаптации в социуме: подростки бросали учебу, задерживались милицией, привлекались к административной ответственности, ставились на профилактический учет в отделах по делам несовершеннолетних.

Начальные проявления зависимости от пива у подростков появлялись спустя 6—10 мес с начала его систематического употребления. Об этом свидетельствовали не только признаки синдрома измененной реактивности организма к пиву (рост толерантности до 1—3 л), но и симптомы патологического влечения. Последний включал эмоциональные, идеаторные, соматовегетативные и поведенческие компоненты. Эмоциональный компонент в структуре синдрома патологического влечения проявлялся в виде оживления эмоций при упоминании о пиве. Обычно на лице появлялась улыбка, иногда высказывания сопровождались негромким смехом. Эмоциональному оживлению сопутствовали избыточность жестов, некоторая суетливость. При попытках разъяснения врачом вредных последствий употребления пива у подростков возникали реакции раздражения, некоторые из них провоцировали конфликты, настойчиво отстаивая свое «право пить

пиво». Идеаторный компонент характеризовался стремлением поддерживать разговоры на тему о пиве, «вызывать на откровения» врача, задавая вопросы о наличии у него личного опыта приема пива. Подростки не скрывали того, что иногда их «вдруг посещают мысли выпить». Чаще эти мысли появлялись после окончания занятий или работы («мысли предвкушения»). С описанными выше компонентами синдрома патологического влечения были тесно связны соматовегетативные нарушения. При воспоминаниях об опьянении, разговоре о приеме пива у подростков появлялись гиперемия кожи лица, гипергидроз кистей, гиперсаливация, тахикардия и др.

В качестве поведенческого компонента синдрома патологического влечения к пиву следует расценивать прекращение обучения в средне-специальных учебных заведениях (6 подростков, или 10,0%) с целью трудоустройства грузчиками на оптовые склады пивной продукции, чтобы «быть поближе к пиву». Поведенческий компонент проявлялся и в стремлении подростков проводить время в компаниях, в которых «можно выпить пива». Порой для этого они собирали сверстников у себя дома. Если родители создавали препятствия компании, подростки настаивали на уходе родителей из дома «в гости» или «по делам». По мере прогрессирования заболевания при усилении патологического влечения к пиву и отсутствии возможности его реализовать поведенческий компонент выражался в пропусках занятий, нарушениях дисциплины, провоцировании конфликтов с педагогами, «чтобы был повод уйти». При ограничениях в деньгах, запретах на выход из дома со стороны родителей подростки проявляли по отношению к ним вербальную, а иногда и физическую агрессию. Необходимость в деньгах на покупку алкоголя заставляла подростков врать родителям и родственникам, они выпрашивали деньги, ссылаясь на то, что должны купить себе еду, канцелярские принадлежности, «сдать деньги в училище».

Проявления абстинентного синдрома у обследованных возникали через 8—12 мес систематического употребления пива. На первых порах они ограничивались астеновегетативными симптомами (слабость, раздражительность, потливость, сухость во рту, жажда, головная боль, тахикардия), наблюдающиеся в течение 12—24 ч. В динамике развития пивного алкоголизма абстинентный синдром усложнялся за счет присоединения к вышеописанным симптомам психических расстройств (изменения настроения, сопровождающиеся неудовольствием по отношению к окружающим — родителям, учителям), увеличивалась и его продолжительность — до 36 ч.

Спустя 12—18 мес после начала систематического употребления пива у подростков усугублялись наблюдающиеся в преморбиде акцентуированные черты характера, либо при их отсутствии до заболевания появлялись новые, неприсущие ранее: лживость, изворотливость, хвастливость, обидчивость, раздражительность, повышенная конфликтность, а порой агрессивность (синдром личностных изменений). По мере усугубления заболевания отчетливо проявлялись делинквентные и криминальные формы поведения — необходимость найти деньги на спиртное и развлечения становилась причиной совершения преступлений. Среди обследованных на данном этапе заболевания 10 (16,67%) человек привлекались к уголовной ответственности за совершение кражи, по 4 (6,67%) — за грабеж и мошенничество. Установлено, что мотивом корыстных преступлений было удовлетворение примитивных потребностей и влечений, в том числе и влечения к алкоголю. Деньги, полученные от продажи краденного, тратились на прием алкоголя при посещении увеселительных заведений. Это являлось свидетельством изменения ценностных ориентаций, когда ведущим мотивом становился поиск возможности употребления ПАВ, получение удовольствия от состояния опьянения. Специфические личностные изменения в виде пивной алкогольной анозогнозии характеризовались тем, что подростки «не замечали» становящиеся все более частыми факты приема алкоголя. Они «успокаивали» себя, будучи убежденными, что «от пива не спиваются», «его рекламируют, значит, можно пить».

На этапе сформировавшейся зависимости от пива толерантность к нему возрастала до 4—5 л. Однако это количество уже не вызывало прежнего опьяняющего действия (эйфория, расслабление). Кроме того, на фоне постоянного приема большого количества пива изменялась внешность подростков (возникала одутловатость лица), появлялось субъективно неприятное «ощущение тяжести в теле». Подросткам, употреблявшим пиво в компаниях, приходилось часто из-за позывов на мочеиспускание отлучаться в туалет, прерывая общение с друзьями («выпадали из темы»).

В связи с невозможностью достичь прежнего эффекта опьянения, даже при приеме больших количеств пива, подростки начинали поиск ПАВ с более выраженным эйфоризирующим действием. Одним из возможных вариантов мог быть переход на употребление крепких алкогольных напитков. Однако употребление водки, суррогатов алкоголя (самогона) среди подростков считается непрестижным, поскольку ассоциируется с проявлением алкоголизма («водку пьют алкаши»). Немаловажную роль играет и большая стоимость водки. Приведенные обстоятельства стали причиной перехода обследованных на прием гашиша. Во всех наблюдениях начало приема гашиша происходило на фоне сформировавшегося пивного алкоголизма. Известно, что подростки с девиантным поведением не только о

гашише слышали, но и видели эффект опьянения этим ПАВ. Первым пробам способствовал и миф о принадлежности гашиша к «легким» наркотикам («ломок нет, поэтому не наркотик»).

Первый опыт употребления гашиша все обследованные получили в компании друзей: 48 (80,0%) подростков сами проявили инициативу, так как хотели испытать состояние опьянения; у 12 (20,0%) активности к пробе наркотика не было, но они согласились на предложение друзей («боялись уйти», «подчинились настойчивым просьбам друзей»). Имели опыт (от 3 до 7 раз) изолированного гашишного опьянения еще на этапе формирования пивного алкоголизма 18 (30,0%) подростков; 42 (70,0%) впервые испытали смешанное опьянение после приема 0,5—1,5 л пива и вдыхания дыма гашиша через самодельный кальян.

Выявленные клинические особенности заболевания в случаях сочетания пивного алкоголизма и гашишной наркомании у подростков в целом соответствуют таковым, описанным в специальной литературе, по коморбидной патологии (сочетанных психических заболеваниях) [8]. Речь идет о создании одним заболеванием (пивной алкоголизм) условий для возникновения другого (гашишная наркомания), полиморфизме клинической картины (слагаемые синдрома зависимости — синдромы измененной реактивности, патологического влечения, абстинентный синдром, изменения личности — включают проявления двух упомянутых заболеваний), о взаимовлиянии сосуществующих заболеваний.

При сочетанном употреблении пива и гашиша после опьянения у подростков не возникали такие характерные для начальной стадии гашишной интоксикации проявления как тревога, страх, подозрительность. Были не столь выражены аффективные нарушения в виде взрывов хохота, плача, охватывающих компанию курильщиков, стремления к движению. Значительное место в картине смешанного опьянения занимали психосенсорные расстройства. Окружающие предметы воспринимались тусклыми и блеклыми (проявления аллопсихической деперсонализации). По утверждению одного из подростков, он испытывал в опьянении необычную легкость в теле, свободу движений, чувство невесомости («как будто в пропасть падал»), другой описывал состояние «полета» (соматопсихическая деперсонализация). Такие переживания нравились подросткам, поскольку были необычными, ранее никогда не испытанными. Клинический эффект смешанного опьянения является дозозависимым, так как у 7 (11,67%) подростков в опьянении после приема больших доз — 2 л пива и вдыхания дыма 2—3 наперстков гашиша появлялись ленивое блаженство, погруженность в свои мысли («сидишь, в свое втыкаешь, никто не нужен»). Постинтоксикационное состояние при сочетанном приеме пива и гашиша сопровождалось вялостью, слабостью, головной болью, жаждой, повышенным аппетитом на протяжении от 3 до 6 ч.

Своеобразие синдрома измененной реактивности организма на этом этапе заболевания проявлялось тем, что рост толерантности касался употребления гашиша: с 0,5 до 2—3 наперстков (если прием гашиша был через кальян); от 2—3 затяжек сигареты с гашишем до 2—3 сигарет в день. При этом пиво употреблялось в количестве не более 1,5 л.

Особенностью синдрома патологического влечения при сочетанном приеме пива и гашиша являлось наличие в его клинической картине симптомов, характеризующих влечение к обоим ПАВ. Эмоциональное оживление при упоминании о пиве и гашише при виде их изображения проявлялось повышением тона голоса, громким смехом, активной жестикуляцией. Подростки становились суетливыми, теребили пальцами края одежды (проявления эмоционального компонента). Об идеаторном компоненте синдрома патологического влечения свидетельствовали постоянные одолевающие мысли о пережитых состояниях опьянения, стремление поддерживать разговоры о пиве и гашише. В тематике сновидений наблюдались сцены поиска и приобретения пива и гашиша. Воспоминания о пиве и гашише сопровождались усилением блеска глаз, повышенной потливостью, сердцебиением, дрожью в теле (соматовегетативный компонент), чувством жара, «горячей волны, идущей изнутри» (сенсорный компонент). Интересны проявления поведенческого компонента. Подростки стремились к посещению мест привычного сбора для приема пива и гашиша, выходили на сайты в сети Интернет, посвященные гашишу, обменивались опытом его курения с другими пользователями. Они разыскивали и закачивали в память мобильного телефона мелодии, картинки, звуки, ассоциирующиеся с употреблением пива и гашиша. Один из подростков с удовольствием продемонстрировал врачу схему изготовления самодельного кальяна, помещенную в память мобильного телефона. Своеобразие абстинентного синдрома при сочетанном приеме пива и гашиша выражалось значительным удельным весом в его клинической картине психических нарушений: дисфорические проявления — сочетание тоскливого и злобного аффектов, агрессия. По словам одного из обследованных, «бешенство иногда берет так, что по трезвому убить могу». При этом доля вегетативных симптомов (парестезии, озноб, жар, гипергидроз, сердцебиение и др.) в клинике абстинентного синдрома была небольшой.

Личностные изменения подростков, проявляющиеся преимущественно возбудимостью, взрывчатостью, злобностью, агрессивностью, отражались в значительной криминальной активности. Среди со-

вершенных ими преступлений были разбойные нападения (2 человека, или 3,33%) и убийства —2 (3,33%); 3 (5,0%) обвинялись в актах вандализма, 2 (3,33%) — в сбыте наркотиков.

Таким образом, в результате проведенного исследования была установлена роль некоторых биологических, социальных и психологических факторов, играющих роль в формировании изученной формы наркомании. Полученные данные свидетельствуют о том, что потреблению пива способствовали существующие в микросоциуме питейные обычаи и традиции, любопытство, давление окружающих, бытующее среди подростков мнение о безвредности пива и его доступность. Во всех случаях начало приема гашиша происходило на фоне сформировавшегося пивного алкоголизма.

В данном исследовании нашли подтверждение отмеченные в литературе [8] особенности заболевания в случаях сочетания пивного алкоголизма и гашишной наркомании могут быть отнесены: 1. Создание одним заболеванием (пивной алкоголизм) условий для возникновения другого (гашишная наркомания). 2. Полиморфизм клинической картины (синдром зависимости включает проявления двух заболеваний). 3. Взаимовлияние сосуществующих заболеваний.

Опьянение при сочетанном употреблении пива и гашиша отличалось отсутствием характерных для начальной стадии изолированной гашишной интоксикации проявлений — тревоги, страха, подозрительности; большое место при смешанном опьянении занимали психосенсорные расстройства. Своеобразие синдрома измененной реактивности организма заключалось в росте толерантности к гашишу на фоне стабильного количества употребляемого пива (не более 1,5 л). В клинической картине синдрома патологического влечения выявлялись симптомы, свидетельствующие о влечении и к пиву, и к гашишу. Абстинентный синдром при сочетанном приеме пива и гашиша проявлялся значительным удельным весом психических нарушений (дисфорические проявления). Сформировавшиеся личностные изменения у подростков обусловили повышение криминальной активности.

Выявленные клинико-динамические особенности пивного алкоголизма, сочетающегося с гашишной наркоманией, могут быть использованы для диагностической и прогностической оценки, а также при составлении терапевтических программ. Сочетанные формы зависимости от ПАВ целесообразно рассматривать в рамках отраженных в специальной литературе положений концепции коморбидности психических и поведенческих расстройств.

## ЛИТЕРАТУРА


1. *Гурвич И.Н.* Уровень и модели употребления алкоголя подростками. Мир детства 2002;3:19—21.
2. *Егоров А.Ю.* Алкоголизм в молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия. Съезд психиатров России, 14-й. М 2005;343.
3. *Егоров А.Ю., Игумнов С.А.* Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. Ст-Петербург: Речь 2005;436.
4. *Кошкина Е.А.* Основные тенденции заболеваемости наркологическими расстройствами среди подростков в России в 2004 г. Съезд психиатров России, 14-й. М 2005;351.
5. *Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М.* Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л: Медицина 1983;81—102.
6. *Личко А.Е., Битенский В.С.* Подростковая наркология. Л: Медицина 1991;304.
7. *Менделевич В.Д.* Психология девиантного поведения. Учебное пособие. М: МЕДпресс 2001;432.
8. *Пивень Б.Н., Шереметьева И.И.* Смешанные формы психических заболеваний. Новосибирск: Наука 2003;125.
9. *Сидоров П.И., Митюхляев А.В.* Ранний алкоголизм. Архангельск: Изд-во АГМА 1999;306.