

*Монахова Виктория Вячеславовна*

врач-психиатр

ГАУЗ АО «Ивановская больница»

с. Ивановка, Амурская область

*Афанасьева Яна Сергеевна*

врач-психиатр

ГАУЗ АО «Ивановская больница»

с. Ивановка, Амурская область

*Монахова Варвара Вячеславовна*

студентка

ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

г. Благовещенск, Амурская область

## **«АПТЕКА» В ЖИЗНИ ПОДРОСТКА**

*Аннотация: продажа наркосодержащих препаратов в аптеках без рецептов приобретает угрожающий характер. Лекарственные препараты, содержащие наркотические вещества бывает трудно найти действительно нуждающемуся человеку, зато подросток или наркозависимый готовы заплатить в разы больше и проблем с покупкой не испытывают.*

**Ключевые слова:** аптека, подросток, токсикомания, зависимость.

Самая большая проблема подростковой «аптечной» наркомании в том, что нет «Порога страха», который раньше мог сдерживать подростка от первого «любопытного» раза, а сейчас выпить таблетку, купленную в аптеке, подростки считают безопасным для своего здоровья.

Узнать, о том, что ребенок «подсел» на таблетки – очень сложно. Это происходит по двум причинам.

1. Нежелание родителей принять эту проблему и предположить, что она может коснуться их, положительной во всех смыслах семьи.

2. У аптечных наркотиков синдром отмены или наркотическая ломка не проявляется. Сегодня возраст зависимых от наркотиков «падает», пациенты в возрасте 13–14 лет уже не редкость, они все больше употребляют либо аптечные препараты, либо синтетические наркотики.

Токсикомания среди подростков представляет собой серьёзную проблему для современного общества. Но из-за своего разрушительного воздействия на организм детей и подростков, доступности применяемых токсических веществ, скорости развития психической зависимости – это заболевание представляет серьёзную угрозу.

Различают следующие виды токсикомании в зависимости от употребляемых веществ.

1. Средства бытовой и промышленной химии: растворители, краски, лаки, бензин, эфир, клей содержащий толуол.

2. Лекарственная токсикомания: снотворные и транквилизаторы, стимуляторы центральной нервной системы, антигистаминные препараты, холинолитики.

Физическая опасность заключается в необратимом разрушении органических структур мозга, нарушении работы лёгких, сердца, печени и почек, гибели подростков от передозировки. Токсикомания и её последствия имеют большую социальную значимость: у подростка нарушается психика, он отстает от сверстников в развитии, не усваивает школьную программу и перестаёт посещать школу. В итоге он замыкается на своей пагубной привычке и полностью выпадает из социума.

Причины, по которым происходит вовлечение в токсикоманию и развитие устойчивой зависимости, можно разделить на несколько категорий:

- личностная незрелость. В подавляющем большинстве случаев токсикомания диагностируется у детей и подростков 10–16 лет;
- низкий социальный/интеллектуальный статус;
- пример взрослых, с которыми часто или постоянно взаимодействует подросток (родители, старшие братья и сестры, другие члены семьи или социума);
- специфические свойства личности. Люди, склонные к демонстративному и истерическому поведению, инфантильные, отказывающиеся брать на себя ка-

кую-либо ответственность, чаще приобретают зависимость.

«Аптечные наркотики» – неофициальное название лекарственных препаратов, которые способствуют формированию зависимости (аддикции) от них. Лечить зависимость от аптечных наркотиков крайне сложно и долго.

Аптечные наркотики – препараты, которые можно купить в аптеке свободно или по рецепту. Некоторые из списка этих лекарственных средств – готовые психоактивные вещества (ПАВ), которые обладают выраженным наркотическим действием. Другие используются наркоманами для приготовления тяжелых дурманящих смесей в домашних условиях/ или употребляются в комплексе с нелегальными наркотиками для усиления и продления их эффекта.

Виды опасных препаратов:

Лирика – противоэпилептическое средство на основе действующего вещества прегабалина. Кapsулы «Лирики» при увеличении лечебной дозировки способствуют появлению ярко выраженной эйфории и других психотропных эффектов.

Декстрометорфан – действующее вещество некоторых противокашлевых средств в форме таблеток и сиропа, самые известные из них: «Каффетин Колд», «Гликодин» и «Терасил-Д». При повышении дозы в 5–10 раз, появляется умеренная эйфория, галлюцинации и диссоциации.

Декстрометорфан чаще всего используется подростками на различных вечеринках.

Холиноблокаторы – обширная группа препаратов растительного происхождения, которые применяются для лечения болезни Паркинсона, аллергии, некоторых заболеваний ЖКТ, глаз. Наркоманами холинолитики чаще всего используются для достижения более выраженной и длительной эйфории. Терапевтическая доза холиноблокаторов увеличивается до 3–4 раз.

«Сульфокамфокайн» – аналептическое средство, которое назначается в составе комплексного лечения сердечной и дыхательной недостаточности, кардиогенного и анафилактического шока.

Увеличение терапевтической дозы препарата сопровождается повышенной физической и психической активностью, приливом сил и галлюцинациями.

«Римантадин» – противовирусное лекарство, которое используют для лечения клещевого энцефалита, герпеса и гриппа. При увеличении рекомендованной дозы он дает наркотический эффект, сходный с действием дексетрометорфана.

Для достижения состояния эйфории наркозависимые принимают от 20 до 30 таблеток.

Кодеин – активное вещество, которое снижает возбудимость кашлевого центра головного мозга и устраниет боль. Оно входит в «Пенталгин-Н», «Седальгин НЕО», «Коделак», «Терпинкод» и других.

Кодеин – алкалоид опия, действие которого сходно с эффектом от применения морфина, но в несколько раз слабее. Наркоманы используют аптечные препараты с кодеином для варки опасного наркотика – дезоморфина (на сленге – «крокодил»).

Анксиолитические средства (транквилизаторы – устаревший термин) применяются для лечения тревожных расстройств. Наиболее часто употребляют препараты бензодиазепиновой группы – «Феназепам», «Диазепам», «Мидазолам» и «Лоразепам». Они оказывают тормозящее действие на центральную нервную систему, поэтому человек расслабляется и успокаивается. При повышении терапевтической дозы развивается эйфория.

Барбитураты применяются наркоманами для получения удовольствия. Наиболее доступные – капли «Корвалол» и «Валокордин», таблетки «Андипал».

Наркотический эффект после приема барбитуратов сходен с алкогольным опьянением.

Наркотический эффект дают миорелаксанты центрального действия на основе действующего вещества баклофена. В медицине эти препараты назначаются для симптоматического лечения последствий инсульта, рассеянного склероза и других патологий. Чаще используют «Баклосан», комбинируя его с мефедроном, марихуаной, алкоголем и другими ПАВ. После приема таблеток в повышенной дозе резко улучшается настроение, устраняются тревога и комплексы. Регулярный прием приводит к развитию психической зависимости от него.

Лекарственное средство «Тропикамид» применяется в офтальмологии для диагностики и профилактики некоторых заболеваний глаз. Препарат использу-

---

ется зависимыми для достижения эйфории. Раствор закапывают в нос, вводят в вену или смешивают с другими наркотиками.

В связи с легкой доступностью покупки аптечных препаратов, в том числе рецептурных, приобретаемых в интернете, распространением информации о способах приема и эффектах действия лекарств без назначения врача, «аптека» все больше вызывает интерес у детей и подростков, представляя угрозу физическому и физическому здоровью своими пагубными последствиями.

Для иллюстрации причин, клиники и последствий токсикомании аптечными препаратами приведу следующее клиническое наблюдение:

Больная Алина, 2008 г.р., наблюдается у врача психиатра в течении 2 лет. Обратилась на прием с родителями с жалобами на сниженный фон настроения, подавленность, нанесение самоповреждений, нарушение ночного сна.

Из анамнеза известно, что девочка от 1 беременности, протекавшей без особенностей. Роды 1, в срок, массой при рождении 3650,0. Раннее развитие в соответствии с возрастными изменениями. Психо-речевое развитие без особенностей. Мать русская, отец татарин (воспитывает с учетом национальных особенностей). С 2,5 лет посещала ДОУ, с удовольствием общалась со сверстниками, была активным ребенком. В школу пошла с 7,5 лет, обучается по общеобразовательной программе, на данный момент обучается в 6 классе, материал усваивает хорошо. Имеет младшего брата 7 лет, отношения с которым выстраиваются плохо, часто с ним ссорится, из-за чего постоянно конфликтует с родителями, которые делают ей замечания, пытаясь сблизить детей.

Около 2 лет назад по семейным обстоятельствам (в связи с выгодным предложением родителям по работе) переехали из Алтайского края в Амурсскую область. До переезда на новое место в течении года отец проживал один, семья переехала позже, за это время связь девочки с ним отдалась, хотя ранее отмечалась сильная привязанность друг к другу. До окончания 4 класса училась отлично, посещала музыкальную школу, школу искусств, занималась рисованием, баскетболом, волейболом, участвовала в различных конкурсах, викторинах, за активное участие направлялась во всероссийские лагеря Артек, Орленок, Сири-

ус. После переезда родители стали отмечать, что у девочки снизился интерес к посещению дополнительных занятий, снизился общий фон настроения, стала часто пропускать школу из-за появившихся простудных заболеваний, болей в животе, головной боли. Начала падать успеваемость, меньше времени стала уделять выполнению домашнего задания из школы.

Со слов матери, раньше дочь была общительной, с удовольствием занималась предлагаемыми увлечениями родителями. С момента переезда в другой город стала замкнутой, постоянно низкий фон настроения, начала обижаться по разным пустякам на родителей, высказывать необоснованные обиды, часто плакать беспричинно. Около года назад мать стала замечать следы крови на одежде, ватные диски в крови, заметила, что девочка перестала носить короткие шорты. Стала постоянно жаловаться на то, что не может найти общий язык с одноклассниками, что они другие, не такие, как в том городе, где раньше проживали. Стала утверждать, что в классе испытывает буллинг, хотя, со слов классного руководителя, девочку с удовольствием приняли в классе, она с легкостью выстраивает коммуникации. В какой-то момент мать увидела следы порезов на предплечье левой руки, выполненные продольно и поперечно, разной давности. Была проведена беседа с родителями, принято решение обратиться к психологу, который в последующем рекомендовал обратиться к психиатру, психотерапевту. После консультации было предложено пройти курс психофармакотерапии, на что девочка с удовольствием согласилась.

Перенесенные заболевания: простуда, ветряная оспа Операции, ЧМТ отрицает.

Наследственность: тетка по линии матери обращалась к психиатру по поводу панических аттак, получала лечение антидепрессантами.

Status praesens: По органам и системам без патологии.

Неврологический статус: резко реагирует на смену погоды, тяжело чувствует в жару, испытывает чувство тошноты в транспорте.

Психический статус. Сознание не нарушено. В месте, времени, обстановке, личности ориентирована верно. Внешне опрятна. За собой следит, но недостаточно (волосы длинные, пряди окрашены в ярко красный цвет, засалены, челка

прикрывает лицо, за счет чего постоянно ее трогает руками. Выражение лица гипомимичное, во время беседы отводит взгляд в сторону, смотрит в пол, уголки рта опущены. Одета строго (брюки и рубашка черного цвета, рукава рубашки длинные, минимальный макияж, украшения ручной работы, сделанные самой девочкой). В кабинет вошла с обоими родителями. Контактна, отвечает в присутствии родителей чаще односложно, тихим голосом. Глазной контакт сохраняется непродолжительное время. В присутствии родителей сведения о себе, своей семье, школе, друзьях сообщает коротко. О своих переживаниях не сообщает. При родителях сдержанна, напряжена, из глаз текут слезы. Утверждает, что уже давно испытывает пониженный фон настроения, что связывает с усталостью, быстрой физической истощаемостью, особенно в школе, большой нагрузкой на дополнительных кружках. В беседе наедине сообщила, что около 2 лет назад после того, как перешла из младшего звена в среднее, стала испытывать внутреннее напряжение, появилось чувство тревоги, со временем перешедшее в тревожность на постоянной основе. В то же время совершила первое самоповреждение, расцарапав себе бедра по передней поверхности до крови, почувствовав эмоциональное облегчение. На высоте тревоги стала испытывать состояние дереализации, снизилась память, появились эпизоды выпадения событий. Стала уединяться дома, отстраняться от одноклассников, считая, что они ее не любят, не хотят с ней общаться, т.к. перестала иметь общие с ними интересы. На вопросы родителей о ее поведении и состоянии, появилась раздражительность, вспыльчивость, колебание настроения, нарушился сон, часто стали появляться бессонные ночи, во время которых продолжала размышлять, на утро вставала разбитой. Участились ссоры и конфликты в семье, во время которых плакала, не поясняя что с ней происходит, стала остро реагировать на мелкие раздражители. Снизилась концентрация внимания, перестала запоминать и воспринимать информацию, стало сложно учить уроки, появился страх осуждения окружающих за ее недостатки, за невозможность оправдать надежды родителей, учителей, стала искать постоянные причины для возможности неходить в школу, предъявляя постоянные жалобы на недомогание в здоровье.

Появились и участились истерики, продолжающиеся по несколько часов, во время которых по долгу плакала. Для облегчения состояния все чаще стала наносить самоповреждения на различных частях тела канцелярским ножом, что перешло в селфхарм на постоянной регулярной основе, стала делать это ежедневно, зачастую по несколько раз в день. При осмотре тела выявлены множественные порезы разной глубины и давности, застарелые рубцы, в основном в области бедер по передней поверхности, что поясняла тем, что бедра не видят родители. Рассказывала о том, что давно поняла, что нет смысла в жизни, лучше быстро умереть, чем тяготиться тем состоянием, что она испытывает. Рассказала о нескольких неудачных суицидальных попытках и об очередном запланированном суициде путем гибели под колесами поезда, установила дату смерти, отмечала в календаре каждый день приближения этого события, подробно описывала как это может произойти, свои похороны, людей, присутствующих на них. Утверждала, что переезд и смена привычной обстановки значительно повлияли на ее состояние, усугубили внутренние переживания, тоску, пустоту. Считает, что очень одинока, никому не нужна, в том числе родителям, что приносит им только разочарование, непредвиденные траты и расходы, что недостойна тех благ, которые они ей дают. По ночам не нет сна, много мыслей по поводу происходящего в жизни. В ночное время испытывала состояние сонного паралича, казалось, что ее кто-то окликает, когда рядом никого не было, очень боялась этого, но никому не рассказывала, считала, что ей не поверят. Фон настроения снижен, говорит очень тихо, боясь, что за дверью ее услышат, постоянно плачет. Мышление логическое, последовательное, по темпу несколько снижено. Память развита хорошо. Внимание фиксировано на внутренних переживаниях. Волевые побуждения снижены. Эмоционально лабильна. В поведении отмечается демонстративность, гипертрофированность ситуации. Расстройств восприятия, бреда не выявляется. Сон, аппетит нарушен.

Была обследована.

ЭЭГ: частотные характеристики альфа ритма соответствуют возрастной норме. Эпилептиформной, пароксизмальной, разрядной активности не выявлено.

---

РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение достаточное. Смешанный гипер-гипотонический тип дистонии с преобладанием гипертонуса резистивных сосудов. Венозный отток не нарушен.

Психолог: истерический, демонстративный тип личности.

Выставлен клинический DS: F-41.2 тревожно-депрессивное расстройство.

Назначено лечение:

Психотерапия. Феварин 50 мг вечером в 18.00.

Был разработан индивидуальный курс психотерапии с упором на когнитивно-поведенческую. Время встреч и терапии 18 месяцев.

В ходе терапии девочка раскрыла свои внутренние переживания, подробно рассказала о взаимоотношениях отца и матери, давление со стороны отца, игнорирование матерью жалоб ребенка, обесценивание их, нежелание верить в те состояния, которые рассказывала, обиды на мать за то, что сообщала отцу секреты, после чего в семье происходили разбирательства по любому поводу с обвинением в ненадлежащем поведении. Приняла решение совершать суицид, появились планы на будущее, но не носящие стабильности и стойкости в представлении. К лечению был добавлен респирон ку-таб в дозировке 2 мг на ночь. Дозировка феварина увеличена до 150 мг в сутки. Нормализовался ночной сон, снизилась суициальная настроенность, значительно повысился фон настроения, все реже стали происходить состояния дереализации, уменьшились навязчивые мысли, сблизились в отношениях с родителями, стала больше им доверять, обсуждать свое состояние, восстановились отношения с одноклассниками, но дружеских отношений так и не завела. Однако сохранялась пустота внутри, тоска, желание выхода из реальности, расслабления, легкости. В семье было принято решение о переходе в другую более высокого уровня школу, где обучались более взрослые (на 3–5 лет) друзья, с которыми все чаще стала встречаться. В летний период посетила несколько загородных лагерей, регулярно принимала лечение, чувствовала себя стабильно, на период 3 месяца прекратили психотерапию и явку на прием.

Катамнез: через 6–8 месяцев семья вновь вернулась к терапии. Со слов родителей, состояние девочки было вполне компенсированным. Однако, по возвращении из очередной поездки из лагеря, стали замечать резкие перепады настроения дочери от повышенного до глубоко депрессивного, становилась застороженной, пояснить свое состояние не могла, периодически возникали приступы немотивированной агрессии. Обращало на себя внимание то, что стала подолгу гулять на улице. Среди друзей стали появляться подростки более старшего возраста, потеряла интерес к учебе, перестала посещать дополнительные кружки, стала избегать разговоров и общения с родителями. Изменился аппетит, он практически отсутствовал или же приобретать характер нездорового голодания, появились двигательные нарушения (шаткость походки, чрезмерно резкие движения, ненормальная жестикуляция, дрожание рук, нарушения координации движений, что перестало поддаваться объяснению, участились жалобы на тошноту или приступы рвоты. При осмотре стало очевидным, лицо девочки приобрело выраженную бледность или землистость, истончились и начали выпадать до того здоровые и густые волосы, появилась ломкость ногтей, девочка слала выглядеть чрезмерно худой и истощенной. В ходе дальнейшей работы и наблюдения выяснилось, что за период отсутствия динамического наблюдения, в компании девочки появились новые знакомые (все из социально – благополучных семей с высоким статусом, которым она открылась, признавшись в своих переживаниях, в душевной пустоте, на что ей были предложены таблетки, наименование которых даже не спросила, не поинтересовалась содержимым, действием, последствиями их приема. «Вот так я познакомилась с «аптекой». После первого приема испытала состояние эйфории, расслабления. При последующих встречах с друзьями стала просить вновь употребить препарат, при каждом приме таблетки были разными, увеличилось их количество. Состояния расслабления и эйфории стали короче и менее интенсивнее, а время спустя стало появляться разбитость, усталость, недомогание, потребность в употреблении препаратов. В какой-то момент друзья перестали давать таблетки, дали ссылку на источник, где стало возможным приобретать препараты.

Расспросив подробнее о препаратах, узнала, что принимала ремантадин, феназепам, димедрол (до 15 таблеток за один прием). Предпочтительным стал препарат Лирика, дозировка которого доходила до 3 капсул в одно употребление, 1 капсулу 300 мг внутрь, по 1 капсуле в каждую ноздрю путем вдыхания. Перешла на регулярное употребление в течении месяца. Родителям признаться боялась. В этот период возникли отношения с 17-летним парнем, который сам не употреблял препараты, но и не препятствовал тому, чтобы она прекратила их прием. Находясь в состоянии опьянения вступила в половой контакт, о чем совершенно не пожалела, начала жить регулярной половой жизнью. Сообщила, что не о чем не жалеет, хотела и все попробовала. Однако стала уже с трудом справляться с физическим состоянием. Просила не сообщать родителям. Было принято решение признаться и пройти курс терапии, что проводилось в несколько этапов:

- вывод токсичных веществ из организма (детоксикация) и устранение абстинентного синдрома;
- устранение обменных нарушений и последствий употребления психоактивных веществ;
- терапия поведенческих расстройств и психического состояния;
- коррекция психической зависимости;
- фармакотерапия препаратами группы антидепрессантов для устранения тревоги, депрессивного состояния.

Прогноз часто неблагоприятный из-за суицидов, несчастных случаев, тяжёлых абстиненций. Токсикомания приводит к глубоким и необратимым изменениям головного мозга и всей нервной системы. В нашем случае прогноз оказался благоприятным, девочка полностью прекратила прием медикаментов без назначения врача, восстановились когнитивные функции, социальные коммуникации со сверстниками, вновь начала посещать дополнительные кружки, но без особого желания (с целью угодzenia родителям). Процесс лечения зависимости значительно сблизил отношения всех членов семьи.

Профилактика токсикомании схожа с предупреждением прочих наркологических расстройств и включает следующие мероприятия:

- информирование подростков по вопросам ведения здорового образа жизни, вреде употребления психоактивных веществ; выявление риска развития токсикомании, определение степени выраженности и опасности для здоровья; проведение регулярных медицинских осмотров;
- диспансерное наблюдение за лицами с зависимостью; семейное консультирование по вопросам выявления и реабилитации лиц с наркологическими расстройствами; психологическое консультирование людей из группы риска для формирования приверженности к здоровому образу жизни.

### ***Список литературы***

1. Бубеев Ю.А. Наркотические аддикции: профилактика и коррекция с помощью интегративных психотехнологий / Ю.А. Бубеев, В.В. Козлов, Н.Ф. Круговых. – М.: Слово, 2009. – 464 с. EDN QLUCYB
2. Гвоздева Г.П. Социальное окружение школьников и опасность приобщения к наркотикам / Г.П. Гвоздева, М.В. Коротких, И.И. Харченко // Регион: экономика и социология. – 2004. – №2. – С. 79–94. EDN OYMUAT
3. Макеева А.Г. Неформальные молодёжные движения и подростковый наркотизм / А.Г. Макеева // Биология в школе. – 2006. – №2. – С. 56–59. EDN HTIMIF
4. Павленок П.Д. Деятельность по предотвращению и избавлению несовершеннолетних и молодёжи от наркотической зависимости / П.Д. Павленок, М.Я. Руднева // Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения: учеб. пособие. – М., 2010. – С. 64 – 70.
5. Рейтблат Е. Смех во имя спасения? О проблемах наркомании / Е. Рейтблат // Здоровье детей. – 2010. – №3. – С. 12–17.
6. Рудакова И.А. Наркомания и алкоголизм – формы проявления девиантного поведения детей: исторические аспекты проблем наркомании, причины и последствия, особенности детской наркомании / И.А. Рудакова, О.С. Ситникова, Н.Ю. Фальчевская // Девиантное поведение: учеб. пособие. – Ростов н/Д., 2005. – С. 12–47.

7. Руководство по реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Под ред. Ю. В. Валентина. – М.: Генжер, 2003. – 397 с.
8. Салагаев А.Л. Наркотизация молодёжи в группах риска: от изучения к профилактике / А.С. Салагаев, А.В. Шашкин. – М.: МГФПШК, 2004. – 118 с.
9. Северный А. Тестирование школьников на наркотики: взгляд психиатра / А. Северный // Школьный психолог. – 2011. – №8 – С. 14–16.