

- соматичні зміни: поверхневий сон, знижений апетит, олігурія, закрепи, схуднення, погіршення зору внаслідок постійного міозу;
- зростання толерантності у 3-5 разів та зменшення ейфоричної фази, що призводить до збільшення дози та частоти ін'єкцій;
- obsesivний (нав'язливий) потяг до відчуття психічного комфорту в стані наркотичного сп'яніння.

Як правило, obsesivний потяг виникає після 5-10 ін'єкцій наркотику (вживання чистого героїну може бути достатньо навіть з першого разу).

Тривалість першої стадії різноманітна: при вживанні героїну – 1-2 міс; морфінізму – 2-3 міс; кодеїнізму – 6 міс; при вживанні медичних препаратів – до кількох років. На цій стадії хворі, як правило, приховують наркотизацію.

II стадія:

- психічна залежність – компульсивний потяг до наркотику;
- фізична залежність – проявляється вираженим абстинентним синдромом, здатністю до фізичного комфорту тільки у стані сп'яніння;
- зміна картини сп'яніння – ейфорична стадія присутня лише на великих дозах наркотику, толерантність зростає у 100-300 разів порівняно з терапевтичними дозами;
- соматичні зміни – фізіологічна дія наркотику зникає, нормалізується стілець та діурез, при застудах з'являється кашель (нівелюється протикашльовий ефект опіатів), відновлюється сон, але стабільно зберігається звуження зіниць. Змінюється зовнішня поведінка – якщо при першій стадії хвороби наркоман був активний і рухливий до ін'єкцій, але млявий і малорухливий після, то на другій стадії хвороби він стає млявим і знесиленним до вживання наркотику і активним – після.

Абстинентний синдром. Формування абстинентного синдрому при опійній наркоманії відбувається швидко (1-2 міс регулярного прийому).

Спостерігаються виражені *сомато-вегетативні реакції*: через 8-12 год після останнього вживання наркотиків виникає розширення зіниць, слезотеча, нежить з чханням, «гусяча шкіра»; через 30-36 год з'являються болі в міжшлешних та жувальних м'язах, м'язах спини, кінцівок, судоми периферійних м'язів, відчуття відриву м'язів від кісток, з'являється потреба в активних рухах – хворі не можуть знайти собі місце, лягають, встають, знов лягають; хворі напружені, злобні, депресивні. На III добу відмови від наркотику виникають *диспепсичні явища* – болі в кишечнику, блювання, пронос до 10-15 разів на добу, тенезми.

Тривалість II стадії опіоманії складає 5-10 років з часу виникнення фізичної залежності.

III стадія. В цій стадії спостерігається не тільки наркоманічний синдром, але й наслідки хронічної інтоксикації.

На перший план виходять ознаки фізичної залежності. Тяжка абстиненція настає протягом першої доби після відміни наркотику. Толерантність знижується (приблизно на третину попередньої дози), різко змінюється форма сп'яніння – дія наркотичної речовини проявляється стимулюючим ефектом, без інтоксикації хворий неспроможний навіть пересуватись. Режим вживання наркотику складає 5-7 разів на добу.

Хворі соматично виснажені, мають помітний дефіцит маси тіла, страждають від вираженого астеничного синдрому, порушень імунної системи, тромбофлебитів та тромбоемболій, викликаних інфікуванням при частому в/в введенні наркотику.

Саме на цій стадії пацієнти частіше звертаються за медичною допомогою. Вони намагаються самостійно відмовитись від наркотизації, замінити її великими дозами алкоголю, барбітуратами, транквілізаторами, але, як правило, ці спроби успіху не приносять.

На третій стадії хвороби розвивається психоорганічний синдром.

При залежності від опіатів гострі психози не спостерігаються.

Невідкладна допомога при передозуванні опіатами. Використовують антагоніст морфіну – налорфін, а при його відсутності бемегрид (антагоніст снодійних препаратів), а також заходи інтенсивної дезінтоксикації.

Рекомендується промивання шлунку (опіати виділяються слизовою шлунку, а потім знов всмоктуються в кишечнику).

При передозуванні легко настає переохолодження, тому потрібно тепло накрити хворого, а до нижніх кінцівок покласти грілки.

Профілактика ВІЛ/СНІД серед ін'єкційних наркоманів.

Вживання наркотичних речовин поступово перетворилось на велику соціальну та медичну проблему, і в першу чергу, через підвищений ризик інфікування ВІЛ та іншими інфекціями, що передаються через кров (гепатити В та С). В Україні саме споживачі ін'єкційних наркотиків є основною групою ризику щодо ВІЛ-інфікування - понад 65% споживачів ін'єкційних наркотиків є ВІЛ-позитивними.

Боротьба з наркоманією – проблема глобальна. ВООЗ у співробітництві з Об'єднаною програмою ООН, ЮНЕЙДС і Радою Європи на основі існуючих у світі прикладів результативної практики сформульовано **п'ять основних принципів ефективної профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які вводять наркотики шляхом ін'єкцій** (“Принципи профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотики”):

- інформаційна робота й освіта;
- забезпечення легкої доступності соціальних служб і служб охорони здоров'я;
- активна роз'яснювальна робота серед споживачів ін'єкційних наркотиків;
- забезпечення споживачів ін'єкційних наркотиків стерильними ін'єкційними інструментами і дезінфікуючими матеріалами;
- надання споживачам ін'єкційних наркотиків можливості отримувати замісну терапію.

Одним з основних інструментів профілактики поширення ВІЛ/СНІД у світі є замісна терапія. Ефективність замісної терапії в тому, що вона дає змогу залежним споживачам відмовитися від вживання опіатів, значно зменшити ризик, пов'язаний з ін'єкціями (ВІЛ, гепатити, інфекції тощо), стабілізувати здоров'я, стати соціально активними. Крім цього - вона є необхідною передумовою для проведення антиретровірусної терапії. Замісна терапія широко використовується в зарубіжних країнах вже майже 40 років. З 2006 року препарати для замісної підтримувальної терапії, а саме метадон, віднесені ВООЗ до препаратів першої життєвої необхідності. В багатьох з них ін'єкційний шлях поширення ВІЛ-інфекції сьогодні не перевищує 10%. Понад 90% замісної терапії в ЄС надається у формі лікування метадоном.

Пацієнти для замісної терапії відбираються відповідно до затверджених критеріїв, серед яких обов'язковими є: тривалий стаж вживання, неодноразові спроби лікування, наявність важких супутніх захворювань: ВІЛ/СНІД, туберкульоз, гепатити тощо, складні соціальні проблеми, що означає, що не всі підряд, а тільки найважчі споживачі наркотиків можуть бути залучені до таких програм.

Впровадження замісної терапії в Україні - один з шляхів, що може суттєво вплинути на припинення епідемії поширення ВІЛ/СНІДу та взяття її під контроль.

Замісна терапія розглядається як варіант для наркозалежних людей, які фактично не можуть припинити вживання ін'єкційного наркотику, навіть якщо прагнуть це зробити.

Найширше з препаратів – замінників використовується метадон. В останні роки все більшої популярності набуває бупренорфін – препарат, що має змішані властивості (агоніст - антагоніст).

Одним з вагомих аргументів на користь замісної терапії - є її позитивний вплив на зниження кримінальної активності споживачів наркотиків, що констатується у більшості країн, де застосовується вказаний метод.

Препарати коноплі (канабіноїди)

Різні сорти коноплі ростуть в країнах Азії, Африки та Південної Америки. Найбільшу концентрацію канабінолідів має *індійська конопля*. В країнах Європи та Північної Америки більше поширена *марихуана* (в перекладі з португальської – «той, що п'янить»). В Європі частіше використовується верхня частина рослини з листям («*план*», «*ганджа*»). Рослини, що ростуть в південних регіонах виділяють більше смоли для захисту від сонця – з цієї пилу смоли виготовляється *гашиш*, який має найбільш виражений психоактивний ефект.

Гашиш відомий з давніх часів як лікарський засіб проти кашлю. Його психоактивні властивості широко використовувались в ритуальних цілях (орден асасинів використовував гашиш для тренування воїнів «жертвуючих собою заради віри»). В Європу гашиш був завезений з Алжиру. Французький лікар Моро де Тур запропонував своїм друзям спробувати печиво з гашишем. Ефект був приголомшуючим, був організований незвичний клуб «Клуб любителів гашишу», дуже популярний серед літераторів.

У XX ст. Вживання коноплі набуло небувалого поширення майже в усіх країнах, особливо у США в часи «сухого закону».

Зважаючи на повільний розвиток залежності від цих препаратів, а також їх невелику шкідливість порівняно з важкими наркотиками, у країнах Європи законодавство відносно зловживання марихуаною досить м'яке. З метою декриміналізації препаратів проводиться активна кампанія за їх легалізацію.

На сьогодні, у якості лікарських засобів препарати коноплі майже не використовуються.

Форми вживання: паління, у вигляді жуйки, чаю, додають до їжі. Останнім часом розповсюджена «хімка» - розмочена у формальдегіді і висушена перед палінням конопля. Гашиш проявляє одночасно збудливу, ейфоризуючу та галюциногенну дію.

Гостре сп'яніння:

Ейфорія, напади невмотивованого сміху, бажання співати, танцювати, руховий неспокій, прискорене непослідовне мислення, безладність мови, гіпертрофія чутливого компоненту всіх переживань, можливість розвитку яскравих зорових ілюзій.

Спостерігають емоційну лабільність: ейфорія раптово і невмотивовано змінюється на розгубленість, страх втратити розум, відчуття спустошеності, сорому. З'являється відчуття нереальності – дереалізація та деперсоналізація. Порушується сприймання характеру та інтенсивності звуків, розмірів предметів (часто збільшення, видовження).

Сп'яніла людина відчуває сильну спрагу та голод, але вживає лише гарячу воду, тому що холодна вода і їжа викликають майже миттєве витвердження. Досвідчений наркоман задовольняє відчуття голоду тільки після всіх фаз сп'яніння або при необхідності швидкого витвердження.

Характерною ознакою колективного приймання препаратів коноплі є взаємоіндукція емоційних переживань. Варто одному засміятись – миттєво безпідставно регоче вся група, в когось з'явилось відчуття страху – в усіх розвивається паніка.

Об'єктивні ознаки: гіперемія обличчя і склер (симптом червоних очей), очі блищать, зіниці розширені, непереносимість світла, сухість язика і губ, порушення координації рухів, тахікардія, тахіпное, гіпертензія, гіперрефлексія.

При значному передозуванні наркотику може розвинутиє оглушення, яке інколи переходить у сонор або кому.

Вживання без залежності. Протягом перших років помірного епізодичного вживання марихуани (1-2 рази на тиждень) явних ознак синдрому залежності не спостерігається. Деякі вчені ставлять під сумнів можливість формування фізичної залежності від канабіноїдів.

Наркоманія.

При частому (до декількох разів на день) вживанні марихуани синдром залежності може формуватись досить швидко. Хвороба має 3 стадії перебігу:

I стадія – фізіологічна дія марихуани починає змінюватись: сп'яніння перебігає без страху та тривоги, зменшується тахікардія, мідріаз. Паління стає систематичним. Зростає толерантність. Синдром психічної залежності представлений обесивним потягом до наркотику.

II стадія – з'являються ознаки фізичної залежності. Наркотик стає головним стимулятором життєвої активності. Толерантність зростає. Формується компульсивний потяг до наркотику.

Абстинентний синдром розвивається досить повільно, протягом місяців і триває від 3-14 діб до 1 міс. Клінічно абстинентний синдром проявляється мідріазом, тремором, гіперрефлексією, підвищенням АТ, пульсу, дихання, *сенестопатичними скаргами* (відчуття свербіння, поколювання, повзання на шкірі та під нею), з'являється утруднене дихання, відчуття стиснення у грудях, серці, голові, відчуття ломки в поперековій ділянці хребта.

III стадія розвивається після 9-10 років постійної наркотизації. Відбувається падіння толерантності, наркотик має лише тонізуючий ефект, поза інтоксикацією наркоман анергічний, форма вживання – систематична.

Наслідками залежності є прогресуюче зниження енергетичних ресурсів, фізичне та психічне виснаження, розвиток психозів, які можуть призводити до інвалідизації. Хронічна інтоксикація канабіноїдами є провокуючим фактором у розвитку шизофренії.

Профілактика вживання препаратів коноплі.

В Україні канабіноїди є офіційно забороненими наркотичними речовинами. У деяких країнах (Нідерланди, Велика Британія, Канада) вони віднесені до легких наркотиків та легалізовані.

Питання заборони або легалізації є виключно юридичною проблемою.

Профілактична робота спрямована на попередження широкого розповсюдження марихуани як легкого наркотику серед підлітків, роз'яснення шкідливості та небезпеки зловживання препаратами коноплі.

Стимулятори

Кокаїн. Історія його вживання бере свій початок від цивілізації інків, які протягом багатьох віків жували листя коки для покращення працездатності або при релігійних обрядах.

Лише у 50-х роках XIX ст. хіміки добули з листя коки **кокаїн**, що відкрило нову еру у зловживанні стимуляторами. Кокаїн використовували як місцевий анестетик, засіб від депресії, різноманітних неврозів, сифілісу та алкоголізму.

В той час це призвело до масової епідемії зловживання ним по всій Європі. Його вживали для підвищення творчої наснаги Жюль Верн, Роберт Луїс Стівенсон, Еміль Золя, Генріх Ібсен, президент США Грант.

Кокаїн входив до складу кока-коли протягом перших 20 років її існування (1886-1906рр), потім він був замінений на кофеїн.

Кокаїн має вигляд білого порошку («снігу»), його приймають шляхом вдихання в ніс або у вигляді ін'єкцій.

Гостра інтоксикація кокаїном.

Кокаїн викликає стан загального збудження в поєднанні з ейфорією. Під впливом цього наркотику людина відчуває себе сильною та діяльною, чітко бачить життєву перспективу, відчуває надлишок сил та впевненість в собі.

Приймання кокаїну після короточасного запаморочення та незначного головного болю призводить до покращення самопочуття, посилення інтелектуальної діяльності. Підвищується працездатність, потік думок і мова прискорюються. Характерним симптомом є графоманія. Хворі пишуть листи, заяви, скарги, спогади з частими однотипними роздумами і повтореннями.

Хворі постійно в русі, активні. Відчуття голоду і спраги пригнічені. Цей період кокаїнового сп'яніння нагадує манакальний синдром. Такий стан триває 1,5-2,5 год. Змінюється знесиленням, апатією, пригніченим настроєм. Інколи з'являються зорові та тактильні галюцинації.

При більш вираженому отруєнні кокаїном виникають мідріаз, блідість шкіри, нудота, тремтіння, пітливість, запаморочення, тахікардія, зниження АТ, колапс або непритомність. Смерть може настати від паралічу дихання або зупинки серця.

Фізична залежність від кокаїну настає після тривалого систематичного приймання, але психічна залежність розвивається досить швидко.

Амфетаміни. Вперше синтезовані наприкінці XIX ст., почали застосовуватись в медицині після заборони кокаїну для лікування застуд, ожиріння, нарколепсії. Використовувались під час Другої світової війни як стимулятор. Після закінчення війни зловживання ними досягло характеру епідемій в Японії, Швеції інших країнах, але у США їх до кінця 60-х років не вважали небезпечними і навіть призначали для лікування інших видів наркоманій.

На сьогодні амфетаміни в медицині майже не використовуються через швидкий розвиток психічної залежності.

Найбільш популярні препарати – бензедрин, декседрин, метедрин (первітін).

Ефедрин та його похідні. Ефедрин довго називали «радянським наркотиком» через те, що його похідні були одними з найпопулярніших стимуляторів у СРСР. Його можна було купити при наявності рецепту в аптеці і досить легко переробити в ефедрон («джеф», «мулька», «марцефаль») або первітін – речовини з швидким формуванням психічної та фізичної залежності.

Це дуже небезпечний тип наркоманії, вона і зараз широко розповсюджена в нашій країні, займає III місце після марихуани та опіатів.

Приймання наркотику викликає стимулювальний ефект.

Гостра інтоксикація ефедрином.

Сп'яніння починається з відчуття легкості, відчуття польоту, чіткості та яскравості сприймання оточуючого. Потім з'являється відчуття теплої хвилі в тілі, мислення стає прискореним з легкою зміною асоціацій.

У початківців виникає надмірна моторна активність, безглузда метушливість, настирлива багатомовність. Після декількох приймань ефедрину метушливість змінюється на цілеспрямовану діяльність, яка має риси «творчого» характеру. Сп'янілі люди починають рифмувати, намагаються писати вірші, малюють. Немає відчуття голоду, спраги, потреби у сні.

Спостерігається блідість обличчя, мідріаз, сухість губ, тахікардія, незначна гіпертензія, тремор. Ейфорична фаза у новачків триває до 6 год., при повторних інтоксикаціях вона скорочується до 4-2 год.

Ефедринова абстиненція. Виникає запаморочення, нудота, нездатність тривалий час виконувати фізична та розумову роботу, блідість шкіри, міоз, сухість у роті, пітливість, тахікардія та підвищення АТ. Характерним є «лакований» яскраво малиновий язик із

фібриляторними посмикуваннями. Мова незрозуміла, змазана. Координація рухів порушена, хода атактична.

Через 12-24 год. з'являється головний біль і відчуття розбитості у всьому тілі, фібриляторні посмикування окремих м'язів. Потім виникає біль у великих суглобах, болочі судомні зведення м'язів, біль у кишечнику, пронос.

При зловживанні стимуляторами можливий розвиток психозів з стійкою галюцинаторно-параноїдною симптоматикою – *кокаїновий делірій, кокаїновий онейроїд, первітніновий психоз.*

«Екстазі» – наркотик з вираженою стимулювальною дією. Випускається в таблетках. Практично завжди його приймають на дискотеках. «Екстазі» викликає нестримну потребу в ритмічних рухах. Розвивається ейфоричний настрій, внаслідок підвищеної взаємодукції може розвинути стан масового екстазу із схильністю до неконтрольованих дій.

У зв'язку з надмірною руховою активністю під час нестримних танців розвивається виражене зневоднення.

Періодичне приймання «Екстазі» не викликає явищ абстиненції, але після закінчення дії цього препарату певний час зберігається виражена астения.

Снодійні препарати та транквілізатори

Найчастіше використовуються барбітурати, транквілізатори бензодіазепінового ряду.

Барбітурати отримані у 1862р в лабораторії Бауера під час дослідів із сечею. Бауер назвав нові речовини на честь жінки Барбари, яка здавала власну сечу для хімічних досліджень (барбітурати – урати Барбари).

Транквілізатори бензодіазепінового ряду (діазепам – сібазон, седуксен, реланіум; нітрозепам – еуноктин, раледорм) синтезовані на початку 1950-х років. Важливою була їх низька токсичність.

Сп'яніння від приймання снодійних препаратів у новачків може виникати від потрібної терапевтичної дози. У подальшому, при розвитку наркоманії дозу збільшують у 8-10 разів.

Швидкість розвитку сп'яніння залежить від шляху введення препарату. При пероральному застосуванні сп'яніння розвивається через 20-25 хв. Проте токсикоманії здебільшого викликають стан наркотизації шляхом в/в введення суспензії порошку товченого препарату – сп'яніння настає відразу після ін'єкції.

Гостра інтоксикація снодійними препаратами нагадує алкогольне сп'яніння.

Розвивається ейфорія з підвищенням моторної активності. Дії сп'янілої людини безладні й не зовсім цілеспрямовані, але вона цього не помічає. Рухи розмашисті, некоординовані, їх завжди більше, ніж вимагає конкретна ситуація. Якість осмислення та суджень різко знижена. Увага нестійка – тема розмови постійно змінюється. Емоції стають лабільними – ейфорія легко переходить в гнів. Стан гніву може сягати ступеня оскаженіння (без найменшого приводу). Сп'янілий стає агресивним, жорстоким і нестримним у своїх вчинках з вираженою схильністю до руйнівних дій. Він трощить, розбиває, руйнує все, що попадає в поле його зору та уваги.

Об'єктивно: гіперемія шкіри обличчя та склер, мідріаз, гіперсаливація, тахікардія з напруженим пульсом та підвищення АТ, гіпергідроз із виділенням гарячого поту.

Характерна особливість фенобарбіталового сп'яніння – відразу після протвердження можна викликати повторне сп'яніння, якщо випити склянку гарячої води.

При гострому отруєнні снодійними препаратами розвивається швидко наростаючий глибокий сон, який переходить у кому. Смерть настає від паралічу дихального центру.

Половину спроб самогубств здійснюють особи з гострими отруєннями барбітуратами, причому приблизно 10% жертв помирають внаслідок отруєння.

Барбітуратова абстиненція проявляється вкрай тяжкими симптомами. Суб'єктивно відміна снодійних препаратів супроводжується відчуттям незадоволення, неспокоєм та ознобом. З'являється тривога і дисфоричні явища з надмірним компонентом «звірячої люті». Розвивається «ломка» у вигляді сильних болів у великих суглобах, можливі великі судомні напади, у деяких хворих розвивається психоз, що нагадує алкогольний делірій. Розвиток конвульсивного синдрому або психозу при інших симптомах абстиненції практично завжди підтверджує діагноз барбітуроманії.

Гостре отруєння транквілізаторами.

У більшості випадків наркомани і токсикомани приймають транквілізатори для послаблення явищ абстиненції. Інколи їх приймають разом і спиртними напоями з метою потенціювання дії алкоголю.

Транквілізатори досить швидко суттєво знижують потенцію аж до розвитку стійкої імпотенції. Тому більшість наркоманів намагаються не приймати транквілізатори впродовж тривалого часу, а приймають інші речовини, які стимулюють лібідо, потенцію або відчуття оргазму (ефедрин, гашиш).

Ступінь ефекту сп'яніння залежить від типу транквілізаторів. Найбільш виражену ейфорію і збудження викликають снодійні транквілізатори (нітразепам, раделорм, суноктин). При прийманні цих препаратів, як і при інтоксикації фенobarбіталом, сп'яніння супроводжується втратою кількісного контролю. Після згасання ейфорії наркомани (особливо початківці або вже деградовані з інтелектуальним дефектом) часто схильні до приймання чергової дози препарату, що може призвести до передозування.

При отруєнні транквілізаторами спостерігається порушення координації рухів, можливе виключення свідомості до сопогу або коми. Цей стан розвивається як відразу після приймання транквілізатора, так і через певний проміжок часу, тому може виникнути у будь-якому місці (на вулиці, в транспорті тощо).

Клінічні прояви гострого отруєння транквілізаторами у не токсикоманів залежать від прийнятої дози і проявляються *міастенічними реакціями* (птоз, дизартрія, утруднене дихання, міорелаксація зі зниженням тону м'язів кінцівок), *розладами очної іннервації* (мідріаз, диплопія, порушення акомодатції), *вегетативними розладами* (колапс, атонія сечового міхура), *сонливістю*, яка зростає.

У хворих на токсикоманію, навпаки, спостерігають гіпертонус скелетної мускулатури, артеріальну гіпертензію, затьмарення свідомості, продуктивну симптоматику (галюцинації, ілюзії, маячення) з афективними розладами (страх, тривога).

Коматозні стани в токсикоманів розвиваються після прийняття приблизно стократної дози транквілізаторів, тоді як не токсикоманам достатньо для розвитку коми перевищити терапевтичну дозу в 20-40 разів.

Смертність при отруєнні транквілізаторами, навіть при застосуванні сучасних методів інтенсивної терапії, сягає 2-3 %.

Галюциногени

Галюциногени – група психотропних речовин, які здатні викликати глибокі зміни свідомості. Вони відомі також під назвою психоміметики та психоделічні препарати.

Відомості про психоделічні речовини зустрічаються вперше в китайських медичних трактатах ще три з половиною тисячі років тому.

Найбільшого поширення галюциногени набули в Центральній Америці. В Америці відомо щонайменше 16 видів рослин, що мають галюциногенну дію. Найбільш відомі – **кактус пейот** (його активна речовина – **мескалін**), насіння в'юнка та ін. Їх використовували і продовжують використовувати з ритуальними цілями.

Шаманами сибірських народів (коряки, чукчі) використовується *мухомор*.

У 1942 році швейцарський хімік Альберт Гофман виділив з сумчастих грибів, що паразитують на злаках, *діетіламід лізергінової кислоти (ЛСД – 25)*. Цей напівсинтетичний препарат, активний навіть у мікроскопічних дозах, став науковою сенсацією, яка призвела до шаленого наукового та соціального інтересу до психоделічних препаратів.

З того часу зловживання галюциногенами набуло широкого поширення серед молоді. ЛСД став на той час найпопулярнішим наркотиком.

Професор психології Гарвардського університету Тімоті Лірі проводив масові експерименти з наркотиками серед студентів, через що був змушений піти з університету, заснував поселення-комуни з тисячами членів, які дотримувались певних релігійних канонів, так званий «психоделічний культ».

В останні роки ЛСД активно зловживається в субкультурі рейву серед сучасної молоді.

У нашій країні в якості галюциногенів серед молоді популярними є холінолітичні засоби – *астматол, циклодол, паркопан* та ін.

ЛСД. Для отримання галюциногенного ефекту достатньо 100-300 мкг. Вживають його шляхом всмоктування через слизові оболонки, використовуючи для цього так звані «марки» (тонкий папір, змочений речовиною).

Виникають глибокі зміни сприймання, емоцій та мислення. Критика частково збережена, наркоман усвідомлює, що порушення сприймання у нього зумовлене прийманням препарату. Ніколи наркоманам здається, що вони збожеволіли, що вже ніколи не стануть нормальними. Нерідко можливий розвиток дійсного гострого маячного стану.

Сприймання стає надзвичайно яскравим та інтенсивним, кольори здаються більш насиченими, контури – різкішими, музика – емоційнішою, глибокою, запахи і смакові відчуття – більш загостреними та витонченими. Можуть виникати розлади схеми тіла та сприймання часу та простору.

Найчастіше зустрічаються зорові галюцинації у вигляді геометричних форм або цифр. Галюцинації з'являються лише при прийманні надто високих доз. У цьому випадку людина може відчувати, що вона перетворилась на іншу істоту (наприклад, пташку), що супроводжується відповідною поведінкою.

Сприймання часу також прискорюється або сповільнюється в залежності від сюжету «мандрів», який уявляє наркоман.

Характерним є візуалізація уявлень, тобто людина може відчувати та пережити те, що хоче відчувати чи пережити. Усе це часто супроводжується ідеями величі або переслідування.

Емоції стають надзвичайно інтенсивними, можуть раптово змінюватись. Можлива амбівалентність та амбітендентність.

Хворий пригадує події раннього дитинства, в тому числі акт свого народження, події далекого минулого, які звичайно забуваються і знаходяться у сфері підсвідомого в символічній формі.

Типовою є схильність до пізнання філософських і релігійних ідей. Сильно змінюється відчуття самого себе, виникає деперсоналізація. Людина переживає відчуття, ніби вона злилась з зовнішнім світом, що супроводжується відокремленням свого «Я» (душі) від тіла і загальним розчиненням свого єства в містичному екстазі.

Психоделічна дія триває 8 – 12 годин. Проте приблизно в кожному четвертому випадку серед наркоманів трапляється так званий «зворотний спалах», тобто спонтанне повторення психічних розладів уже без приймання препарату. Зворотні спалахи можуть виникати при переході з темної кімнати в освітлену, при вмиканні світла, при прийманні препаратів коноплі.