

И.Н. Пятницкая

Клиническая наркология

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
И11

И11 **И.Н. Пятницкая**
Клиническая наркология / И.Н. Пятницкая – М.: Книга по Требованию, 2013. – 334 с.

ISBN 978-5-458-38668-5

Монография охватывает широкий круг вопросов, связанных с проблемой наркоманической зависимости. Рассматриваются предпосылки (в том числе личностные) к образованию наркомании, закономерности формирования привыкания и пристрастия, общие клинические проявления наркоманической зависимости на различных этапах развития болезни. Описаны наиболее распространенные частные формы наркоманий, а также наблюдаемые в практике полинаркомании (пристрастие более чем к одному наркотическому средству), в частности алкогольные полинаркомании. Подробно освещены такие сложные вопросы наркологии, как диагностика наркоманической зависимости, особенно — диагностика скрываемой наркомании, маскируемой, например, алкоголизацией. Излагаются общие принципы лечения наркоманов, а также лечебная тактика при различных состояниях в течении наркомании (интоксикация, абстинентный синдром, принципы поддерживающей терапии в ремиссиях, медикаментозная помощь при рецидивах). Приводятся современные данные, в том числе собственные, об этиологии и патогенезе наркоманической зависимости. Специальная глава посвящена профилактике наркоманий. Книга представляет интерес для психиатров, невропатологов, практических врачей других специальностей, а также для психологов и социологов.

ISBN 978-5-458-38668-5

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2013

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2013

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.



Серия Книжный Ренессанс

www.samizday.ru/reprint

Глава I

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НАРКОТИЗМЕ

Основные вещества, служащие сейчас предметом злоупотребления, известны на протяжении тысячелетий; мы узнаем о них из первых памятников человеческой цивилизации. Анализ этих данных показывает, что до последних столетий человечество лишь положительно оценивало действие наркотиков (или знало только положительные их свойства).

Понимание болезненных следствий употребления наркотиков стало возможным не только потому, что взгляд человека научился искать материальные причины болезней. По мере развития цивилизации, по мере совершенствования техники обработки лекарственных растений и получения более «чистых» активных начал, причинно-следственные отношения между действием наркотика и сопутствующей инвалидизацией становились все более наглядными. Чем распространеннее был наркотик, тем скорее приходило прозрение.

Однако положительные свойства веществ, вызывающих привыкание, мешали (и сейчас мешают) вынесению окончательного суждения. Вред алкоголя был известен уже в начале нашей эры (задолго до появления дистиллятов), вред опиума — около четырех столетий. Но потребовалось более полувека, чтобы признать опасность барбитуратов, а наркогенность гашиша оспаривается и до сих пор. По-существу, лишь в последние десятилетия сформировалось понятие о классе веществ, которые способны вызывать патологическое пристрастие со всеми вытекающими последствиями.

Алкоголизм как болезнь известен с начала XIX в., однако необходимые меры ограничения, направленные на предупреждение злоупотребления спиртным, появились, по-существу, лишь в конце XIX в. и относились только к алкоголизму, хотя морфинизм уже был известен¹. Ограничение распространения препаратов опиума в странах европейской цивилизации относится к годам перед первой мировой войной. Оно носило частный,

¹ Отдельные санкции против пьянства предпринимались и ранее (как государственные — Россия средних веков, например, или как религиозные — страны ислама и буддизма). Но эти санкции имели своим источником не медицинскую оценку проблемы, а социальную и этическую.

конкретный в отношении опиатов (морфин, героин) характер. Только появление кокаинизма поставило в 20-х гг. вопрос о существовании класса наркотиков. Но в список наркотических веществ не был включен алкоголь, а из препаратов опия — кодеин, не внесены барбитураты, которые широко продолжали использоваться во врачебной практике. Лишь созданная после второй мировой войны ВОЗ определила класс наркотических веществ, а также ввела международный контроль за производством и распространением веществ этого класса. По рекомендациям ВОЗ законодательно признана необходимость оценки каждого медикамента для исключения его свойства вызывать патологическое привыкание.

Вероятно, должная строгость отношения к наркоманиям объяснима эпидемическим характером распространения злоупотребления в XX в. В течение XIX столетия случаи наркомании (алкоголизм, морфинизм) были всегда — пороком ли, болезнью ли — несчастьем злоупотребляющего и его семьи. И только вспышки героинизма в начале XX в. в США, кокаинизма в 30-е гг. в Канаде, амфетаминизма в Японии и барбитуратизма в Скандинавии после второй мировой войны заставили изменить принцип подхода к проблеме. Возникла необходимость определения наркоманий как класса заболеваний.

Первые определения наркомании, принятые ВОЗ, повторяли, по существу, частные определения алкоголизма и морфинизма.

Наркоманией считалось состояние, возникшее в результате продолженного злоупотребления и характеризовавшееся нарушением функций индивидуума и отражающееся на благополучии общества («периодическое или систематическое употребление лекарственных средств, приносящее вред индивидууму или обществу»). Аналогично ранее определялись в руководствах по психиатрии алкоголизм (хроническое заболевание, возникшее в результате длительного пьянства и характеризующееся деградацией личности, похмельным синдромом, запоями и пр.) и морфинизм (...заболевание, возникшее в результате... характеризуемое... истощением, абстинентным синдромом и пр.).

Ответа на вопросы, что такое пьянство, злоупотребление, не было.

Новизной первых формулировок ВОЗ было подчеркивание социальной значимости заболевания. Основным недостатком, делающим эти формулировки, по существу, бессодержательными, было определение процесса посредством его результата. Из диагностики выпадали случаи заболевания, если оно не достигало стадий, на которых появлялись выраженные последствия злоупотребления.

Формулировки отражали современное понимание проблемы. Это понимание не было полным ввиду того, что клиническим материалом по большей части служили запущенные случаи наркоманий. Наркоман обычно попадал в поле зрения врачей спустя годы от начала злоупотребления, когда возникшие рас-

стройства заставляли его искать помощи. Ранние признаки болезни не выявлялись, а без знания первоначальных симптомов невозможной была активная диагностика незапущенных случаев.

Принцип динамической оценки наркоманий отсутствовал вплоть до конца 50-х гг. Наркомания диагностировалась при условии выраженности последствий злоупотребления и рассматривалась как стабильное состояние, временные и преходящие изменения в которое вносили только отсутствие наркотика (абстинентный синдром) или психотическое осложнение. Существовало лишь неопределенное представление о том, что с течением злоупотребления состояние больного утяжеляется. Но это утяжеление понималось как усугубление соматопсихической и социальной декомпенсации, т. е. усугубление все тех же результатов наркомании.

Многообразие форм болезни в первых определениях ВОЗ ограничивалось двумя: привыканием (*habituation*) и пристрастием (*addiction*). Первая сближалась с привычкой, рассматривалась как дурной навык, вторая — как собственно наркомания.

Под «привыканием» подразумевалось состояние, возникающее при повторных приемах наркотика и характеризовавшееся: 1) желанием (но не неудержимым) продолжать прием наркотика в целях воссоздания его эффекта, 2) возможной, но не обязательной переносимостью возрастающих доз — толерантностью, 3) зависимостью психического состояния данного человека от наличия или отсутствия наркотика («психической зависимостью»), отсутствием зависимости физического состояния данного человека от наличия наркотика («физической зависимостью»), 4) «вредными последствиями» (в случае появления «вредных последствий»), касающимися только индивидуума.

Под «пристрастием» подразумевалось состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным потреблением наркотика; «пристрастие» характеризовалось: 1) неудержимым (компульсивным) желанием продолжать прием наркотика и добывать его любыми средствами, 2) тенденцией повышать дозы, 3) психической и общефизической зависимостью индивидуума от эффекта наркотика, 4) «вредными последствиями» и для индивидуума, и для общества.

При этом взаимосвязь состояний *habituation* и *addiction* не только не имелась в виду, но отрицалась. Предполагалось, что в состоянии *habituation* человек может существовать всю жизнь. Станет ли некто, начавший принимать наркотик, только привычно принимающим (*habituate*) или наркоманом (*addict*), зависело от его индивидуальных изначальных качеств (наследственность, степень невротизма, психопатизация и т. п.). Такие факторы в процессе развития заболевания, как характер наркотика и интенсивность его приема, во внимание не принимались. В 50-е гг. мы находим обилие зарубежных работ, устанавливающих 50—80% преморбидную отягощенность наркоманов

неврозами и психопатиями, хотя в отечественной психиатрии уже было известно (исследования Н. В. Канторовича, И. В. Стрельчука), что алкоголиком и морфинистом при необходимом сроке злоупотребления может стать любой здоровый человек. Недостаточное знание клиники наркомании, смешение клинических представлений наркологических и общепатологических в вышеприведенных определениях форм злоупотребления наглядно доказывается тем, что влечение рассматривается как самостоятельный признак злоупотребления. В дальнейшем мы покажем, что влечение является симптомом собственно наркологическим, показателем состояния зависимости. Изолированное рассмотрение влечения пришло из общепсихиатрических оценок психопатов и невротиков, которым свойственна патология влечений.

Обращает на себя внимание и обособление такого признака наркотизма, как толерантность — теперь представляется возможным оценивать толерантность в совокупности с рядом других, ранее бывших неизвестными, наркоманических симптомов, и видеть не только возрастание, но и падение толерантности в длиннике болезни.

Однако выделение состояний *habituation* и *addiction* (рассматриваемых нами, что мы покажем ниже, как динамические этапы единого процесса) сыграло положительную роль, поскольку послужило основанием для дальнейшего развития понятий «психическая зависимость» (характеризующая *habituation*) и «физическая зависимость» (характеризующая *addiction*).

Впоследствии понятия психической и физической зависимости, сохраняя самостоятельность, объединились в общее понятие «лекарственной зависимости» (*drug dependance*).

Один из крупнейших современных специалистов по наркоманиям Wikler еще в 1953 г. писал, что наркомания — это состояние, при котором поведение индивидуума определяется необходимым приемом химического агента, что приносит вред индивидууму и обществу. Хотя Wikler использовал употреблявшийся в то время критерий «вреда индивидууму и обществу», он внес принципиально новый смысл, выделив и поставив на первый план признаком болезни *состояние необходимости* приема наркотика. Так был сделан первый шаг в оценке наркоманий посредством характеристики самого процесса болезни, а не его следствий.

В советской психиатрии к таким же результатам исследователи подошли другим путем. Уже в 30—40-е гг. работами наших психиатров были расширены диагностические признаки алкоголизма. Н. В. Канторович описал симптом утраты количественного контроля при алкоголизме. До того было известно лишь, что алкоголик пьет больше, чем здоровый, но передозировка не связывалась с понятием способности регулировать количество выпиваемого. И. В. Стрельчук указал диагностическую значимость алкогольных амнезий, описал ремиссию при морфи-

низме как вид особого состояния организма наркомана. Однако до конца 50-х гг. в нашей литературе все формы злоупотребления оценивались по степеням выраженности — легкая, средняя, тяжелая, глубокая (деградация). На Западе в это время была принята систематика Jellinek, предусматривающая стабильные и взаимонезависимые формы алкоголизма: альфа, бета, гамма и дельта.

В 1959 г. А. А. Портнов ввел критерий динамической оценки наркоманий (на примере алкоголизма). Им и его учениками была проведена работа по выявлению ранних признаков болезни, по характеристике развития этих и вновь присоединяющихся симптомов. В частности, были определены границы начальной стадии болезни, симптоматика алкоголизма, которую можно установить у пациента еще до того, как разовьется абстинентный синдром и другие проявления, ранее считавшиеся единственными критериями болезни.

Анализ начальных этапов заболевания показал, что долгое время (при такой форме, как алкоголизм) признаками болезни служат специфические наркоманические симптомы, развивающиеся на уровнях: наркотик — реакция организма — отношение личности к наркотику. При этом «вред индивидууму и обществу» не всегда нагляден. Расстройства психосоматической сферы, возникающие в процессе злоупотребления, в течение ряда лет остаются неспецифическими и могут быть практически невыраженными. Социальная декомпенсация также необязательна во всех случаях, и закономерность ее в большей мере определяется взглядами микросоциальной среды и социальным статусом злоупотребляющего, нежели процессом наркотизации.

Таким образом, мы пришли к выводу, что токсикоманию следует оценивать как особое состояние организма, отличающееся от состояния здорового индивидуума, выражающееся в особых «взаимоотношениях» индивидуума с наркотиком. Эти «взаимоотношения» закономерно изменяются с течением болезни.

Сравнительный анализ различных форм злоупотребления показал, что при всех формах встречаются идентичные симптомы особых «взаимоотношений». Идентичность этих симптомов и типичность их динамики позволили нам выделить специфические наркоманические синдромы. Эти специфические наркоманические синдромы и составляют клиническую сущность токсикоманий.

Таким образом, для определения токсикоманий введение понятий осложнения, результаты злоупотребления оказывается избыточным.

Согласно последнему определению ВОЗ под токсикоманией подразумевается состояние периодической или хронической интоксикации натуральным или синтетическим веществом, опасное для индивида или общества, характеризующееся компульсивным влечением к данному веществу, тенденцией повышать дозу этого вещества, и также психической, а иногда и физической зависимостью от эффекта этого вещества.

Под психической зависимостью подразумевается влечение психического характера к лекарственному веществу (как привычка, условная связь, навык — *habit*). Под физической зависимостью понимается влечение физического характера, компульсивное, и абстинентный синдром (проявление истинной токсикомании — *addiction*).

Считается, что в ряде случаев токсикомания может ограничиваться психической зависимостью; примером является злоупотребление стимулянтами, гашишем. Другими словами, формы *habituation* продолжают считать независимыми и нединамичными.

Приводимые в ряде современных руководств определения наркомании с незначительными отклонениями повторяют вышеприведенную формулировку ВОЗ.

Но примером того, сколь несовершенным и субъективным все еще остается понятие наркоманий, можно привести взгляды Staehelin. Пример подходящий потому, что эти взгляды опубликованы в наиболее авторитетном современном руководстве. Staehelin признает критериями наркомании влечение, неспособность воздержания, толерантность, но при этом он пишет: «Хроническая интоксикация не всегда приводит к наркомании. Многие люди, которые хронически злоупотребляют алкоголем, снотворными средствами..., могут в любой момент уменьшить их дозы или даже совсем отказаться от них, нисколько не страдая «неодолимым влечением» и без симптомов абстиненции: у них нет тех врожденных или *приобретенных* (курсив мой. — И. П.) свойств характера, которые предрасполагают к наркомании»¹ (стр. 226). Чтобы оценить смысл этого утверждения, нужно иметь в виду следующее. Staehelin считает, что к наркотизму того или иного вида склонны лица с преобладающими личностными особенностями, сходными с личностными дефектами, развивающимися в результате конкретного вида наркотизма (там же, стр. 223).

Следовательно, вышеприведенная цитата свидетельствует, что Staehelin критерием наркомании, отличающим последнюю от просто злоупотребления, считает наступающие в результате злоупотребления изменения личности. Другими словами, до появления психопатизации личности врач не вправе поставить диагноз наркомании: а может быть, это хроническое злоупотребление и, может быть, если не сейчас, то немного погодя, человек остановится?

Само введение отличительным признаком заболевания «неспособности остановиться» также подразумевает оценку состояния не по тому, что оно есть, а по тому, чем оно закончится. А ведь наша задача — прямо противоположна: на основе того, что есть, предсказывать то, к чему это приводит, и, в частности, уметь определять меру возможности пациента самому преодолеть

¹ Staehelin. В кн.: «Клиническая психиатрия». М., 1967, с. 226.

вать злоупотребление и меру необходимой ему для того врачебной помощи.

Поэтому мы пользовались иной формулой, выработанной нами в процессе работы, на основе сравнительного анализа различных форм наркотизма, которые нами исследовались (алкоголизм, опиизм, барбитуратизм, гашишизм).

Под наркоманией мы подразумеваем состояние, определяемое:

1) синдромом измененной реактивности организма к действию данного наркотика (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения);

2) синдромом психической зависимости (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации);

3) синдромом физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

Эти три синдрома, составляющие большой наркоманический синдром, отличаются наркомана от здорового человека. Каждый из структурных элементов наркоманического синдрома варьирует в зависимости от формы наркомании. Каждый синдром проявляется различной степенью специфичности по отношению к форме наркомании и к этапу (стадии) процесса болезни. Подобное описание этих синдромов и входящих в их структуру симптомов мы приводим во II главе.

Состояние одновременно существующей зависимости (наркоманического синдрома) к двум и более видам наркотика мы будем оценивать как полинаркоманию. Полинаркомания, по существу, — болезнь последних десятилетий.

Известен факт все увеличивающегося числа жертв наркоманий. Известно увеличение числа веществ, становящихся предметом злоупотребления. Известно, что с каждым десятилетием наркоманы находят все более и более интенсивные способы введения все более активных наркотизирующих веществ. Если в давние времена нужно было долго жевать некую траву, чтобы получить искомый эффект, то теперь действие достигается мгновенно внутривенным введением. Если когда-то нужно было предварительно самому обработать горсть листьев или кусок опия-сырца, то теперь из сырья в лаборатории выделяют алкалоид, миллиграммов которого достаточно для опасной передозировки.

И вот за последние годы стало распространяться еще более тревожное явление в истории наркотизации — сочетанное употребление наркотиков.

В 1967 г. ВОЗ было признано, что наркоманы могут переходить от одного наркотика к другому. Этот переход наблюдается в пределах одного типа зависимости (героин, морфин, кодеин), в группе сходных типов зависимости (алкоголь и барбитураты), а также к новому типу зависимости (барбитураты и амфетамины). Часто, как сообщают эксперты ВОЗ, возможно злоупотребление лекарственными средствами ряда наркотических

групп (опиаты, алкоголь, седативные, стимуляторы и т. д.), но, вероятно, и беспорядочное применение различных видов наркотиков. Наркотические средства используются в комбинациях с целью усилить действие наркотика или избежать его нежелательного побочного эффекта. Таково положение вещей в настоящем.)

На сочетании наркотиков как на явлении новом нам нужно остановиться несколько подробнее.

В старой литературе мы встречаем лишь отдельные упоминания о фактах одновременного приема наркоманами нескольких наркотиков. Так, А. Эрленмейер в своей работе о кокаинизме в 1886 г. пишет о совмещенных инъекциях кокаина и морфия, в монографии А. Эрленмейера и П. Солье (1899 г.) сообщается о морфинисте, злоупотреблявшем алкоголем — клинические особенности случая остаются неясными. Такие случаи знал Э. Крепелин: он писал, что психоз или эпилептиформный припадок у морфиниста свидетельствует об одновременном злоупотреблении алкоголем.

Впоследствии, вслед за вспышкой наркотизма в 20-х годах, наркомании идут на убыль, и публикации на эту тему сокращаются. Исчезают и сообщения о сочетании наркотиков.

В русской литературе большой давности нам удалось обнаружить несколько сообщений.

Так, М. Я. Серейский в 1925 г., описывая опийную наркоманию, высказал мнение, что в двух третях случаев наркомании обязательным попутчиком является алкоголь. Однако каково качество этого совмещения, насколько оно меняет характер заболевания, не указывается. Такие же краткие сообщения — информацию о факте — мы встретили у А. Е. Бланкфельд и Н. И. Егоровой (1932). В. А. Бахтияров (1936) нашел, что все наблюдавшиеся им 99 наркоманов часто прибегали к различным видам наркотиков, а двое из них систематически совмещали морфий с алкоголем (и хлоралгидратом). Однако это были единичные сообщения, отражавшие случаи, а не систему.

После второй мировой войны естественный подъем наркотизма не окончился, как ожидалось, спадом, а показал дальнейший рост.

С конца 40-х годов мы вновь находим упоминания о сочетании употреблении.

Среди морфинистов Anchersen (1947, Европа) 40% составляют алкоголики, среди морфинистов Killhoz (1952, Европа), 60% злоупотребляли анальгетиками и снотворными. С 50-х гг. подобные сведения появляются и в США. Так, известные наркологи-психиатры Knight и Prout в 1952 г. сообщают, что 80% барбитуроманов и 50% морфинистов употребляют алкоголь; только 15% морфинистов и 9% барбитуроманов в их наблюдениях не употребляют ни алкоголя, ни других наркотиков. По данным Engeset и Idsöe (1954), до 34% алкоголиков и одновременно систематически принимают другие наркотики, чаще снотворные.

Glatt (1957) нашел, что 25% мужчин-алкоголиков и более 30% женщин-алкоголичек принимают наркотики. Из барбитуроманов (Kass, Retterstol и Sirnes, 1959) 60% оказалось одновременно алкоголиками. Позднее о частоте сочетания различных препаратов, принимаемых наркоманами, пишут Tiegen (1961), Clark (1962), Ravnsborg (1964), Chelton и Whisnant (1966), Wiessler (1969).

После длительного перерыва в отечественной литературе мы встречаем наблюдение Ю. Е. Рахальского (1959) о совмещении различных наркотиков опийной группы и жирного ряда (люминал, хлоралгидрат) у 7% (данные 1950 г.) — 3% (данные 1958 г.) алкоголиков-травматиков. В монографии В. Е. Рожнова (1964) в разделе, посвященном наркоманиям, хотя и без клинической квалификации случаев, но уже вполне определенно, сказано: «Редко приходится встречаться с тем, чтобы наркоман в течение всей болезни употреблял только одно средство... Он переходит от одного наркотика к другому... Иногда одновременно употребляется несколько наркотиков»¹. В изданном В. В. Бориневым, А. Г. Гофманом и И. Ф. Рамхеном (1968) методическом письме выделяется из наркоманий сочетание опиизма со злоупотреблением снотворными, гашишем и бромом, сочетание барбитуратизма с гашишизмом и алкоголизмом, хотя клиническая оценка этих состояний не дается. В 1968 г. появилась публикация В. В. Яныгина — об изменении содержания сахара крови при политоксикоманиях в абстинентных состояниях. Однако и в этой работе не приводится диагностических критериев, а группа больных характеризуется суммарно. В нашей литературе можно назвать лишь работы О. И. Бабаханова (1960) и Г. И. Абрамовой, посвященные клинике полинаркоманий (1969), работы, на которых мы остановимся в разделе полинаркоманий.

К сожалению, таким образом, специальные клинические исследования проблемы полинаркоманий почти не ведутся и это явление даже не получило еще своего постоянного термина.

«Комбинированная наркомания» (combined addition) упоминается у фармакологов Goodman и Gilman для обозначения злоупотребления барбитуратами у морфинистов. При этом только констатируется факт и добавляется, что в абстиненции необходима дача обоих наркотиков. Клиницист Kolb говорит о «двойной наркомании» (double addiction) при сочетании морфия с кокаином, а также с барбитуратами. Термин «комбинированная наркомания» более удачен, чем «двойная наркомания», т. к. дает возможность подразумевать широкий диапазон совмещений, который мы и видим в практике. По этим соображениям в своей работе мы используем термин «полинаркомания».

¹ Рожнов В. Е. В кн.: «Судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий». М., 1964, с. 98.

Обозначение «полинаркомания» кажется нам предпочтительным еще и потому, что оно не ассоциируется со структурными представлениями о процессе (в отличие от термина «комбинированная наркомания»).

Литературные сведения о полинаркоманиях отличаются неполнотой и противоречивостью. Прежде всего неизвестна частота полинаркотизма у наркоманов.

О распространенности явления мы можем судить, например, по степени его бытовой известности. А бытовая известность доказывается обилием жаргонных выражений для обозначения полинаркотизма, особенно в ряде стран англосаксонского языка: «yellow jackets» (сочетание пентобарбитала натрия с алкоголем), «blue angels» (сочетание амитала натрия с алкоголем), «red devils» (сочетание секобарбитала натрия с алкоголем). Интересно, что эти обозначения содержат и определенную клиническую характеристику («голубые ангелы», «красные дьяволы») смешанной интоксикации. Приняты также выражения: «speedball» (сочетание кокаина с опиатами), «blue» (амфетамин с барбитуратами), а также обозначения введения какого-либо наркотика перед другим («at the front») или после другого («at the back»).

Примечательным является расхождение оценок частоты полинаркоманий в психиатрической литературе. Так, алкоголизация, по мнению В. В. Бориневича, не сопутствует морфинизму, сопутствует ему в 40% (Ancheresen), в 50% (Knight и Prout), в 70% (Triege), до 70% (М. Я. Серейский) случаев. Морфинисты систематически употребляют спотворное в 35% (Knight и Prout), в 60% (Kielholz) случаев. Алкоголики принимают наркотики в 25—30% (Glatt), в 34% (Engeset, Idsøe), в 25—50% (Bavnsborg) случаев. Сочетание алкоголизма со злоупотреблением спотворными отмечалось в 60% (Kass и соавторы) и в 80% (Knight и Prout) случаев.

Это противоречие понятно и является прямым следствием основного, на наш взгляд, недостатка работ, которые мы здесь привели. Вне зависимости от характера публикации (социально-психологическое исследование, статистическое изучение, лечебно-рекомендательная информация и т. п.) совмещение наркотиков клинически не оценивается. Подбор больных осуществлялся по случайному признаку: исследовались находившиеся на стационарном лечении в определенной больнице за определенные годы, зарегистрированные в данном районе за какой-то отрезок времени, госпитализированные по поводу отравления в течение некоторого периода в каком-либо городе, излагался собственный опыт лечения наркоманов как сборной группы и т. п. Особенность исследования больных — полинаркотизм — не выделяется в ряду других характеристик (пол, возраст, образование и т. п.) и не рассматривается применительно к отдельным видам наркотизма, давности заболевания и особенностям его течения.