

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

НАРКОЛОГИЯ
сборник учебно-методических материалов
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

*Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета*

Составители: Кора Н.А.

Наркология: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01
Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 39 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Кора Н.А., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	35
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	37

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Введение в наркологию. История развития наркологии.

Предмет и задачи наркологии. История развития наркологии в России и за рубежом. Организация наркологической помощи. Правовые основы антинаркотической политики. Понятие о психоактивных веществах (ПАВ) и их классификация. Этиопатогенез болезни зависимости.

Наркология – научная дисциплина, изучающая условия возникновения и механизмы формирования зависимости от психоактивных веществ, их токсические эффекты с целью разработки адекватных методов диагностики, лечения и профилактики обусловленных ими заболеваний.

Предметом наркологии являются заболевания, причины которых возникли как последствия употребления психоактивных веществ. Отсюда следует, что наркологи должны заниматься лечением последствий употребления наркотиков — токсического поражения печени, сердца, головного мозга и т.д., а также устранением физической зависимости.

Устранение же тяги к наркотикам, то есть психической зависимости — вне обязанностей и возможностей наркологов. Однако они «лечат» психическую зависимость от наркотиков, что с одной стороны хорошо — хоть какая-то часть наркоманов временно прекращает употребление наркотиков, а с другой — плохо, так как создается видимость адекватной помощи наркоманам.

В предмет наркологии входит изучение проявлений, этиологии и патогенеза наркологических заболеваний. В задачи наркологии входит изучение этиологии и патогенеза алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, поиск наиболее рациональных приемов и методов профилактики и лечения, построение прогноза при оценке ремиссий и выздоровлений, сравнительный анализ распространенности наркологических заболеваний, планирование и организация наркологической помощи населению.

Наркологию следует считать относительно молодой наукой. Последовательное клиническое описание наркологических заболеваний началось одновременно с основной психиатрической нозологией в середине XIX века. В 20-е годы XX столетия практически все руководства по психиатрии имели разделы, посвященные алкоголизму и наркомании. В описании преобладал феноменологический подход. Этот период можно считать первым этапом в развитии наркологии, основными результатами которого были систематизация отдельных синдромов и представление их в качестве взаимосвязанных проявлений патологического процесса. Так, под единый патогенетический радикал были объединены патологическое влечение к алкоголю, запойное пьянство, алкогольные психозы, деградация личности, слабоумие и другие состояния, рассматриваемые современными систематиками как синдромы алкоголизма. Значительная роль в становлении феноменологического этапа наркологии принадлежит русским психиатрам С.С. Корсакову, В.П. Сербскому, П.И. Ковалевскому, С.А. Суханову, М.Н. Нижегородцеву и другим известным клиницистам. Вместе с тем, собственно синдром зависимости, как объединяющее начало всей наркологической патологии, специально не выделялся.

Поворотным моментом в развитии наркологии следует считать описание С.Г. Жислиным алкогольного абстинентного синдрома в 1929 году. Появление “расстройств, обусловленных предшествующим алкогольным эксцессом, смягчающихся или исчезающих совсем после повторного употребления известных доз алкоголя” свидетельствовало по С.Г. Жислину о начале алкоголизма как заболевания. Статья вышла на немецком языке и осталась незамеченной современниками (цит. по Иванец Н.Н., 1995). Однако определение синдрома отмены С.Г. Жислина по сути не претерпело существенных изменений до настоящего времени. В международные клинические систематики синдром отмены был включен только в пятидесятые годы XX столетия. Отличительной чертой трудов С.Г. Жислина является поиск морфофункциональных и гомеостатических взаимосвязей, поэтому его по праву можно считать не только автором известных клинических очерков,

но и одним из основоположников современной наркологии. Вообще, остается только удивляться, что столь обыденное явление ранее не рассматривалось как клинический синдром. Вероятно, именно «обыденное» часто воспринимается как «естественное» или «нормальное». На том уровне медицинских знаний мало кто из врачей, учивших алкоголизм по Маньяну, понял бы обывателя, обратившегося за помощью по поводу похмелья (оперируя понятием «алкоголизм», Маньян сводил проблему в основном к алкогольным психозам). В свою очередь, обыватель, четко понимая причинно-следственную связь между употреблением алкоголя и похмельем, ориентировался не на врача, а на известную схему «подобное лечат подобным» или другие, проверенные временем, народные средства самолечения. Кроме того, в начале XX века в понимании алкоголизма как медико-социальной проблемы доминировали социальные, а не медицинские подходы.

Второй этап развития наркологии можно датировать 30-70 годами XX столетия. Патологическое влечение к психоактивному веществу и состояние отмены объединяются в «синдром зависимости». Выделяются многочисленные варианты реализации наркологической патологии как на уровнях симптома и синдрома, так и на уровне болезни. Устанавливаются закономерности динамики различных наркологических заболеваний. Показывается взаимосвязь между личностными особенностями или психической патологией и характером злоупотребления тем или иным веществом. Эти направления продолжают развиваться и сейчас. Исключительное значение для развития современной наркологии имели работы С.Г. Жислина, И.В. Стрельчука, Н.В. Канторовича, А.А. Портнова, И.Н. Пятницкой, О.Е. Фрейерова, Г.В. Морозова, Н.Н. Иванца и других видных отечественных психиатров.

Третьим этапом в наркологии можно считать развитие теоретического направления в исследованиях. В семидесятые годы начался бурный расцвет рецептологии. Научно-технический прогресс позволил расшифровать многие интимные механизмы нейромедиаторной передачи и метаболических процессов. Были созданы модели по самовведению психоактивных веществ животными. В результате, появилась принципиальная возможность изучать патогенез наркологической патологии на клеточном и молекулярном уровне, а также прицельно вести поиск препаратов, специфически подавляющих патологическое влечение к психоактивным веществам или блокирующих их центральное действие. Большой вклад в теоретическую наркологию внесли научные школы А.В. Вальдмана, И.П. Анохиной, Э.Э. Звартау.

Итак, имеются все основания считать, что к концу XX века отечественные исследователи наркологии внесли фундаментальный вклад в развитие мировой научной наркологии.

Порядок оказания наркологической помощи определили принятие Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» и Основы законодательства об охране здоровья граждан.

В соответствии с этими документами, наркологическая помощь оказывается больным по их просьбе или с их согласия.

Больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера.

Наркологическая помощь больным наркоманией включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию. Диагностика, обследование, консультирование и медико-социальная реабилитация проводятся в учреждениях государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения. Лечение – только в государственных и муниципальных учреждениях,

приватизация и передача в доверительное управление учреждений, оказывающих наркологическую помощь, запрещаются.

В настоящее время оказание наркологической помощи осуществляется учреждениями общей лечебной сети (психиатрические, психоневрологические и многопрофильные больницы), а также сетью специализированных наркологических учреждений, к последним относятся наркологические диспансеры (отделения, кабинеты), отделения неотложной наркологической помощи и наркологические реабилитационные центры. Методическое руководство осуществляет Научно-исследовательский институт наркологии МЗ РФ.

Основным звеном в организации наркологической помощи населению является наркологический диспансер – самостоятельное ЛПУ, которое организует широкую профилактическую работу и оказывает специализированную помощь.

С целью организации и проведения диагностики и лечения опьянения и абстинентного синдрома, вызванных употреблением алкогольных напитков или наркотических средств, состояния алкогольного или интоксикационного психоза и оказания консультативной и организационно-методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям организуются отделения неотложной наркологической помощи. Такие отделения создаются во всех республиканских, городских, районных центрах и в городах с населением 100 тыс. человек и более. Отделения неотложной наркологической помощи входят в состав наркологических учреждений, а при их отсутствии — в состав крупных многопрофильных больниц. В населенных пунктах с численностью населения менее 100 тыс. человек в многопрофильных больницах организуются палаты неотложной наркологической помощи.

Специализированную реабилитационную помощь в настоящее время оказывают наркологические реабилитационные центры. Центры могут являться структурным подразделением наркологического учреждения или быть самостоятельным учреждением здравоохранения. Они осуществляют меры по социальному восстановлению выздоравливающих больных и лечению психических, общесоматических и неврологических осложнений основного заболевания.

Прием больных в центр осуществляется по направлению наркологических учреждений (кабинетов). Пациент должен дать добровольное письменное согласие. При поступлении с больным заключается договор.

Реабилитационная помощь больным в центре оказывается конфиденциально. Продолжительность пребывания на реабилитации определяется физическим и психическим состоянием больного, его социальным статусом, достигнутыми результатами и соглашением между пациентом и учреждением.

Задача реабилитационного центра состоит в закреплении терапевтического успеха, достигнутого в наркологических учреждениях (отделениях), и реинтеграции пациентов в общество.

Основными принципами деятельности наркологических учреждений должны быть добровольность и конфиденциальность.

Наркологическая помощь должна быть многоступенчатой, поливариантной, преемственной и дифференцированной и направленной:

- 1) на первичную профилактику;
- 2) на диагностику, неотложную помощь, лечение;
- 3) на вторичную профилактику (предупреждение и купирование рецидивов у больных алкоголизмом) и реабилитацию.

Государственная антинаркотическая политика – сравнительно новое самостоятельное направление деятельности российской власти, значение которого сегодня нельзя недооценивать. Оно развивается последние 5-10 лет, как реакция государства на катастрофический рост масштабов наркотизации населения.

Чтобы ответить на данный вопрос, объединим входящие в понятийный аппарат ГАП, основные понятия в четыре группы: 1) относящиеся к предмету преступного посягательства; 2) относящиеся к обороту наркотиков или его различным стадиям; 3) понятия из области медицины; 4) понятия из области политики. При сравнении понятий между собой внутри групп и сопоставлении их с нашим пониманием основных форм проявления наркорреальности выявляются следующие противоречия.

1. Понятие «наркомания» включено в понятийный аппарат правовых основ ГАП, а понятия «наркопреступность» – нет. В законе определено, что «наркомания – заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества», а вот определение наркопреступности в нем отсутствует. Задумаемся, почему? Вполне возможно потому, что в тексте закона вместо него используется близкое по смыслу понятие «незаконный оборот наркотиков» (НОН).

Казалось бы, ничего значительного, но следующая проблема возникает именно как следствие этого.

2. Понятие «профилактика наркомании» включено в понятийный аппарат правовых основ ГАП, а понятие «предупреждение наркопреступности» – нет. В законе определено, что «профилактика наркомании – совокупность мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения наркомании», а определение понятия «предупреждение наркопреступности» в нем отсутствует. Это приводит к тому, что политики, правоохранительные органы, спецслужбы, судебная власть и граждане, ориентируясь в своей деятельности на федеральный стандартизированный в праве понятийный аппарат, ошибочно пребывают в уверенности, что это тождественные понятия.

3. Входящие в понятийный аппарат термины «наркомания» и «профилактика наркомании» не коррелируются. Первый определен сугубо одномерно как медицинское «измерение» наркорреальности (заболевание), а второй – с максимально междисциплинарных позиций.

4. Дополнение законодателем в 2006 г. перечня основных понятий определением профилактики наркомании не решило ту задачу, ради которой оно было введено в Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». Стояла задача: прояснить представления региональных чиновников, принимающих решение о целевом финансировании тех или иных мероприятий антинаркотических программ, о том какие из них можно считать профилактикой наркомании, а какие нельзя, и тем самым сократить нецелевое обеспечение мероприятий, не являющихся профилактикой наркомании (футбольный матч, концерт, туристический поход и т.д.), но оформляемых таковыми за счет внешней антинаркотической символики. Представляется, что эта цель могла быть достигнута, если бы законодатель добавил в закон такое определение этого понятия, которое бы содержало четкие критерии данного вида специфической антинаркотической деятельности. Однако готового для этих целей понятия «профилактика наркомании» не оказалось, и в результате закон дополнился таким определением, которое ясности в решение проблемы не добавило.

ПАВ – это растительные, фармакологические, промышленные и иные препараты, способные при поступлении в организм приятно изменять психическое состояние человека, а дальнейшее их употребление приводит к тому, что организм потребителя не может обходиться без этих веществ, наступает химическая зависимость, главенствующую роль в зарождении которой играют структуры и механизмы головного мозга (церебральное звено удовольствия – так называемая лимбическая система – от лат. *cerebrum* мозг).

По международной классификации болезней зависимости от ПАВ делятся на 9 классов. Класс определяется тем, какое вещество доминирует в употреблении данных больным:

- алкоголь;

- опиоиды (опий, героин, морфин, кодеин, метадон и др.);
- каннабиноиды (гашиш, анаша, марихуана);
- успокоительные и снотворные средства (барбитураты, транквилизаторы, ноксирон и т.д.);
- кокаин (чистый кокаин, крэк);
- галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, мескалин, псилоцибин и мн.др.);
- табак (никотин);
- психостимуляторы (кофеин, амфетамины, эфедрон и т.д.);
- летучие растворители (бензин, лаки, клей, аэрозоли и др.).

1. Зависимость как болезнь

Болезнь отличают: а.) неконтролируемость с помощью силы воли; б.) присутствие причин, которые болезнь вызывают (основания); в.) присутствует одновременно несколько симптомов; г.) есть процесс развития болезни.

Зависимость (наркомания, алкоголизм, другие зависимости) – это болезнь, имеющая биологические, психологические и социальные основания. Характеризуется потерей контроля над употреблением, своим психологическим состоянием и социальной жизнью. Злоупотребление является одним из симптомов болезни, когда злоупотребление прекращается, сама болезнь не проходит и проявляется в других симптомах. Зависимость болезнь прогрессирующая и заканчивается смертью больного.

Злоупотребление является симптомом болезни зависимости тогда, когда: а.) человек потерял контроль над своим употреблением; б.) есть биологические, психологические и социальные основания, заставляющие употреблять; в.) присутствуют другие симптомы, кроме самого злоупотребления; г.) был процесс развития.

2. Прогрессирование зависимости

ПАВ – психоактивное вещество, вещество которое употребляют для изменения сознания (алкоголь, наркотик).

Зависимость развивает по принципу «порочного круга»: у человека есть определенные проблемы (психологические, социальные), он употребляет ПАВ для облегчения, ПАВ приносит временное облегчение, но при этом проблемы в долгосрочном плане только увеличиваются.

Стадия и описание	Био- (тело)	Психо- (психика)	Социо- (окружение)
0-я – независимость	ПАВ – яд для организма. Защитные реакции, малая доза, отсутствие эйфории	Равнодушные отношения	Окружение не приветствует употребление
1-я – привыкание ПАВ использует для помощи в жизни, постепенно встраивается в нее, незаметно создавая проблемы.	ПАВ перестал быть ядом. Эйфории, повышение дозы.	ПАВ используется для решения психологических задач. Положительное отношение к употреблению.	Окружение поддерживает употребление. Появление употребляющей компании, употребление социально приемлемо окружением, употребление для вхождения в компанию.
2-я – необходимость ПАВ стал необходимым для «нормальной» жизни	ПАВ стал необходимостью. Абстинентный синдром (похмельше, кумар), тяга,	ПАВ используется для поддержания нормального психологического состояния. Потеря	Окружение вынуждает на употребление. Основная компания употребляющая,

	постабстинентный синдром, потеря дозового контроля.	ситуационного контроля, неприятное состояние в трезвости, употребление приносит облегчение.	созависимые отношения.
3-я – разрушение ПАВ приносит необратимые разрушения	ПАВ разрушает организм. Нет эйфории, понижение дозы	Разрушение психики. Тотальное отрицание, употребление не приносит облегчения	Разрушение социальных отношений. Употребляющий постепенно остается в одиночестве.

3. Циклы употребление – воздержание

Фаза употребления. Из-за биологических нарушений зависимый не может контролировать свое употребление. Вследствие действия ПАВ теряется контроль над психикой. Вследствие постоянного или периодического опьянения теряется контроль над социальной жизнью. Проблемы из-за употребления заставляют зависимого бросить.

Фаза «эйфории трезвости». Прекращение употребления после пережитого абстинентного синдрома приносит улучшение физического самочувствия. Улучшается психологическое состояние, появляется радость от трезвости. Окружение приветствует прекращение употребления, появляется возможность возместить ущерб себе и другим. Трезвость приносит только радость.

Фаза «процесса срыва». Начинают проявляться психологические проблемы в трезвости, а неумение их решать без употребления приводит к их накоплению и нарастанию напряжения – теряется контроль над психикой в трезвости. Из-за психологического напряжения, завышенных целей, завышенных требований к себе от окружения и от себя самого, неумения планировать свою жизнь и т.д. начинаются рушиться социальные планы – теряется контроль над социальной жизнью. Накопление стресса приводит к постабстинентному синдрому (плохому самочувствию в трезвости, похожему на опьянение либо на похмелье), тяге, усталости с желанием снять ее употреблением и т.д. – теряется контроль над «употреблением в трезвости». Это приводит к возврату к употреблению и переходу на 1-ю фазу.

4. Правильное и неправильное понимание болезни.

Правильное понимание концепции болезни:

1. Отказ от попыток контроля.
2. Отказ от чувства вины и стыда за свое употребление.
3. Начало лечения – выздоровления.

4. Если не прекратить употребление и не начать выздоровление, то состояние будет ухудшаться.

5. Простой отказ от употребления проблему не решает.

6. Болезнь хроническая (зависимый не сможет восстановить контроль над употреблением и может сорваться на любом сроке трезвости), но в то же время излечимая – можно со временем жить нормальной жизнью не употребляя ПАВ.

Неправильное понимание концепции болезни:

1. Болезнь неизлечимая: я никогда не смогу жить нормально как все, мне нужна помощь всю жизнь (вечное выздоровление). – Зависимость излечима, но это требует длительного времени. Единственная неизлечимая вещь, это научиться контролировано употреблять.

2. Зависимость – это болезнь духовная. Зависимый не более духовно больной, чем и все остальные люди.

3. Болезнь снимает ответственность за употребление. – Болезнь предполагает принятие ответственности за свое выздоровление.

4. Болезнь повод для жалости. – Жалость для зависимости крайне вредна, лечение зависимости наоборот требует жесткости.

5. Одушевление болезни: болезнь – это нечто «живое», с чем нужно «бороться». – Зависимость такая же «одушевленная», как и грипп. Она не может обмануть, с ней нельзя бороться (обмануть может не болезнь, а человек сам себя, бороться сам с собой)

Концепция болезни предполагает отказ от чувства вины за свое употребление и от попыток его контролировать, прекращение употребления, начало лечения зависимости – выздоровления.

Рекомендуемая литература:

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : практ. пособие / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-09624-8. — Режим доступа : www.biblio-online.ru/book/670D737D-92C8-4A98-B1EE-7C3378680D53.

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : учебное пособие для вузов / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Авторский учебник). — ISBN 978-5-534-08745-1. — Режим доступа : www.biblio-online.ru/book/429C2B2D-A09B-4522-9B77-D791D4624527.

Карпец В.В. Система мотивации больных наркологического профиля на процесс реабилитации [Электронный ресурс] : методические рекомендации для клинических психологов, психиатров-наркологов, психотерапевтов / В.В. Карпец, Г.И. Дереча. — Электрон. текстовые данные. — Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. — 31 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21868.htm>

Тема 2. Социальные и медицинские источники алкоголизма.

Этиология алкоголизма. Патогенез алкоголизма. Алкоголизм классификация. Клиническая картина и течение алкоголизма. Клиническая картина и течение алкоголизма. Первая стадия. Вторая стадия. Третья стадия. Ранний и подростковый алкоголизм. Алкоголизм в пожилом возрасте. Алкоголизм у женщин. Осложнения алкоголизма. Алкогольные психозы. Классификация. Клинические формы и течение. Делирии. Энцефалопатии галлюцинозы. Бредовые психозы. Патологическое опьянение. Лечение и реабилитация. Алкогольный синдром плода: медицинские последствия. Алкоголизм и другие нервно-психические заболевания. Лечение и реабилитация больных алкоголизмом. Условно-рефлекторная терапия. Сенсibiliзирующая терапия. Лечение психотропными препаратами. Психотерапия. Поддерживающая терапия. Фармакологическая реабилитация больных алкоголизмом. Профилактика алкоголизма.

Результаты исследований последнего времени подтверждают наиболее распространенную концепцию этиологии алкоголизма, согласно которой алкоголизм рассматривается как мультифакторное заболевание, в возникновении которого основными являются генетические, психологические, физиологические и социальные факторы, которые не только определяют мотивацию отношения к алкоголю, но и влияют на прогрессивность заболевания.

В настоящее время существуют различные теории патогенеза алкоголизма — биологические, психологические, социальные и культуральные. Наибольшее распространение и признание получают биологические теории, объединяющие генетические, биохимические и физиологические концепции.

Исходя из биохимической теории доминирующее значение придается влиянию алкоголя на деятельность нейрохимических систем головного мозга дофаминовую, серотониновую и др.

По данным концепции И. П. Анохиной (1995), синдром зависимости от алкоголя обусловлен специфическими нарушениями функций дофаминовой нейромедиаторной системы, нарастающими при повторных и регулярных приемах алкоголя. По этой концепции следует, что индивидуальная предрасположенность к алкоголю генетически детерминирована, проявляясь особенностями функций отдела мозга — «система подкрепления», различной организацией нормальной деятельности катехоламиновой системы и ее контролем со стороны генетического аппарата.

Алкоголь вызывает усиленный выброс нейромедиаторов из депо, накопление большого количества медиатора в синаптической щели обуславливает возбуждение системы подкрепления мозга, что приводит к эйфории. Каждый последующий прием алкоголя приводит все к новому высвобождению медиатора и истощению его запасов, недостаточности соответствующих функций и ухудшению самочувствия больных. Стремление изменить это самочувствие приводит к новому приему алкоголя (психологическая зависимость). Дополнительное высвобождение нейромедиатора под влиянием алкоголя еще больше истощает его запасы в депо: создается порочный круг. В последующем выделение нейромедиатора под влиянием алкоголя обеспечивается в результате напряжения компенсаторных механизмов, определяющих развитие физической зависимости от алкоголя.

В мотивации потребления алкоголя ведущее значение придают биологическим процессам. Среди основных причин употребления алкоголя выделяют две: поиск удовольствия, эйфории, усиление активности в связи с приемом алкоголя и избавление от неприятных мыслей, настроения.

Последнее время считается, что алкоголь активизирует «систему подкрепления» химическим путем.

Генетические теории соответствуют биохимическим данным о различных маркерах, о накоплении алкоголизма в семьях.

В поведенческих теориях строятся представления о роли алкоголя в возникновении эйфории в связи с групповым поведением, а также физиологическими основами этого поведения.

Психологические теории ведущее значение придают индивидуальным психологическим особенностям личности.

Социокультуральные гипотезы придают большое значение малым распространениям алкоголизма среди отдельных культур, религиозных и социальных групп.

По классификации алкоголизма А.А.Портнова и И.Н.Пятницкой приведено расширенное понимание наркоманического синдрома. Выделены следующие стадии болезни.

I стадия начальная или неврастеническая, которой свойственны появление влечения к алкоголю и состоянию опьянения (психическая зависимость), возрастание толерантности (устойчивости) к принимаемым дозам алкоголя и астенический симптомокомплекс (повышенная утомляемость, раздраженность, эмоциональная лабильность, бессонница, раннее утреннее пробуждение и т.д.).

На этой стадии изменяется форма употребления алкоголя (переход от эпизодического к систематическому его приему).

Диагноз этой стадии авторы устанавливают только на основании ведущих симптомов - признаков наркоманического синдрома: зависимости и измененной реактивности (повышении толерантности, утрата контроля).

II стадия средняя или наркоманическая, которая сопровождается нарастанием влечения к алкоголю, измененной формой опьянения (частые амнезии - палимпсесты, амнезия финала), а главное - потерей контроля, появлением абстинентного синдрома, псевдозапойным пьянством. На этой стадии появляются определенные, более выраженные нарушения психики, поражение внутренних органов и нервной системы.

III стадия исходная или энцефалопатическая, при которой развивается запойное пьянство, уменьшается выносливость к алкоголю, отмечаются более тяжелые нервно-психические нарушения и заболевания внутренних органов и нервной системы, чаще возникают алкогольные психозы.

Алкоголизм протекает в течение нескольких стадий. На первой стадии устойчивость к алкоголю продолжает усиливаться. Иногда она возрастает в 4-5 раз. Периодически возникает желание привести себя в состояние опьянения. При этом желание опьянения больные не воспринимают как неестественное. Оно расценивается ими на одном уровне с чувством голода или жажды. В связи с повышенной устойчивостью развивается способность к ежедневному приему высоких доз. Однако при невозможности употребления алкоголя влечение к нему временно преодолевается. При приеме малых доз, напротив, влечение к алкоголю резко повышается и становится неконтролируемым. Чувства насыщения опьянением не наступает. Характерны также исчезновение рвоты при передозировке, забывание отдельных эпизодов периода опьянения (палимпсесты), отсутствие критики к своему состоянию. Физическая зависимость в этот период отсутствует, синдром последствий интоксикации может ограничиваться астеническими проявлениями, временными нарушениями функций внутренних органов и нервной системы.

Продолжительность первой стадии колеблется от 1 года до 4-5 лет, после чего заболевание переходит во вторую стадию. Она характеризуется максимальным повышением устойчивости к алкоголю. За сутки больные способны выпивать от 0,5 до 2 л водки. Седативный эффект алкоголя исчезает, наблюдается только активирующий. Несмотря на то что внешне поведение упорядоченное, вместо забывания отдельных эпизодов опьянения наблюдается полная амнезия. В первое время амнезии наблюдаются только при приеме высоких доз. Психическая зависимость проявляется нарушением организации психической деятельности в трезвом состоянии, резким снижением настроения из-за невозможности выпить (раздражительность, агрессивность, вспыльчивость). Способность к умственному труду падает. Развивается физическая зависимость с неудержимым влечением к алкоголю, диктующим поведение.

После употребления небольших количеств спиртного влечение к алкоголю неконтролируемо усиливается, что приводит к развитию тяжелых стадий опьянения. Поведение становится непредсказуемым. Развитие абстинентного синдрома, характерного для второй стадии алкоголизма, является важнейшим критерием наступившей физической зависимости. Сначала он возникает только после употребления высоких доз алкоголя, а в дальнейшем — после употребления средних и небольших доз. Время развития абстиненции индивидуально, в среднем она развивается через 8-12 ч после последнего употребления алкоголя.

Абстинентный синдром характеризуется развитием гипертонуса, перевозбуждения и гиперфункций в различных внутренних органах, психической и неврологической сферах: экзофтальм, мидриаз, гиперемия верхней части туловища, пастозность, крупный горячий пот, тремор пальцев, кистей рук, языка и век, серо-коричневый, густой налет на языке, тошнота, рвота, послабление стула, задержка мочи, отсутствие аппетита, бессонница, подъем артериального давления, головокружение и головная боль, боль в области сердца и печени. Нарастание тревоги, ночное беспокойство, судорожный припадок могут быть предвестниками острого психоза.

Абстинентный синдром максимальной степени тяжести сопровождается обильным потом, бессонницей, дрожанием всего тела, хореоформными гиперкинезами, клонусом коленных чашечек и стоп, тяжелой атаксией, судорогами мышц рук и ног, судорожными припадками с утратой сознания. Могут возникать гипногические слуховые, зрительные и тактильные галлюцинации, иногда эпизодические галлюцинации при открытых глазах. Настроение тревожно-пугливое или тоскливо-тревожное с оттенком раздражительности. Внимание неустойчиво, его концентрация нарушена. Больные путаются в числах и датах, не способны воспроизвести правильную последовательность событий. В этот период

чрезвычайно велико влечение к опьянению. Продолжительность абстинентного синдрома не более 2 суток свидетельствует о его легком течении, тяжелая абстиненция длится до 5 и более суток.

Подростковый алкоголизм – серьезная проблема современного общества. Точные данные о распространенности алкогольной зависимости в пубертатном возрасте отсутствуют, однако, согласно статистике, более 10% всех госпитализаций подростков в психоневрологические стационары осуществляются в связи с постановкой диагноза «подростковый алкоголизм». По результатам опросов, в 90-е годы средний возраст юношей на момент первого употребления спиртного составлял 16-18 лет. Спустя десятилетие этот возраст снизился до 10-12 лет. При этом, если раньше подростковый алкоголизм чаще диагностировался у подростков мужского пола, то с начала XXI века половые различия практически стерлись и спиртное начали активно принимать не только юноши, но и девушки.

Алкоголизм у взрослых возникает через 5-10 и более лет регулярного употребления спиртного. Для развития подросткового алкоголизма требуется всего 2-3 года регулярного приема этанолсодержащих напитков. Отличительными особенностями алкоголизма у подростков являются более явные и более грубые изменения со стороны всех органов и систем. Подростковый алкоголизм влечет за собой быстрое ухудшение физического здоровья, психическую и интеллектуальную деградацию. У больных часто выявляются необратимые изменения репродуктивной системы, обуславливающие бесплодие и рождение детей с врожденными аномалиями. Лечение подросткового алкоголизма осуществляют специалисты в области наркологии.

Подростковый алкоголизм формируется под влиянием целого ряда биологических и психосоциальных факторов. Отмечается наследственная предрасположенность – у детей алкоголиков зависимости от психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания) возникают в 3-4 раза чаще по сравнению со сверстниками - детьми непьющих родителей. При этом у сыновей алкоголиков подростковый алкоголизм диагностируется гораздо чаще, чем у дочерей. Исследователи предполагают, что эта особенность – результат наследственности, связанной с полом ребенка.

Повышенное влечение к алкоголю и другим психоактивным веществам у подростков нередко возникает после черепно-мозговых травм. Вероятность развития подросткового алкоголизма также повышается при наследуемых акцентуациях характера и психопатиях. При каждой акцентуации выявляются свои типичные причины употребления алкоголя. Подростки эпилептоидного типа принимают спиртное «чтобы отключиться», дети шизоидного типа – чтобы упростить общение со сверстниками и заглушить постоянные внутренние противоречия. Толчком для развития подросткового алкоголизма у истероидов и гипертимов становится желание привлечь внимание и повысить собственный статус в глазах группы. Астеники используют спиртное, как способ ухода от конфликтов, депрессивные подростки – как «лекарство» для нормализации настроения.

К числу психосоциальных факторов, увеличивающих вероятность развития подросткового алкоголизма, относят искажения системы воспитания в родительской семье, влияние ближайшего окружения, социальных установок и стереотипов. Искажения системы воспитания могут проявляться в виде гиперопеки, чрезмерного контроля, противоречивых или завышенных требований, двойных стандартов или недостаточного внимания к эмоциональным, интеллектуальным и физическим нуждам ребенка. У пациентов, страдающих подростковым алкоголизмом, в детстве нередко выявляются эпизоды физического насилия со стороны родителей.

Дефекты воспитания усугубляются влиянием сверстников. Подросток испытывает потребность «завоевать» место в группе, повысить свой социальный статус. При попадании в асоциальные компании это оборачивается выпивкой, приемом наркотиков, кражами и другими подобными действиями. Определенное влияние на развитие подросткового

алкоголизма оказывают обусловленные переходным возрастом неустойчивость самооценки, повышенная чувствительность к стрессам, тревожность и импульсивность. Факторами, непосредственно влияющими на развитие подросткового алкоголизма, являются потребность детей получить удовольствие, уменьшить тревогу и страх, облегчить общение со сверстниками, испытать необычные ощущения и не быть «белой вороной».

В противоположность подростковому алкоголизму, дебютировавший в пожилом возрасте, развивается, как правило, на фоне разнообразной соматической отягощенности. Это ведет к утяжелению симптоматики постинтоксикационных и абстинентных расстройств, появлению «органической окраски» клинической картины и к быстрому развитию алкогольной психической деградации. Прекращение профессиональной деятельности, потеря друзей и близких, одиночество, часто сопутствующие пожилому возрасту, крайне неблагоприятно сказываются на прогнозе заболевания, в частности на возможности добиться устойчивой ремиссии. Однако патологическое влечение к алкоголю у многих больных пожилого возраста отличается сравнительно небольшой интенсивностью. В этих условиях играют сдерживающую роль опасения за здоровье, тягостные состояния похмелья, снижение толерантности к алкоголю. Они становятся мотивами, успешно конкурирующими с патологическим влечением к алкоголю. В результате формирование алкоголизма и его дальнейшее течение отличаются медленным темпом.

Таким образом, одни и те же обстоятельства обуславливают весьма разные варианты течения алкоголизма в пожилом возрасте. Это связано с особенностями преморбиды и степенью наследственной отягощенности алкоголизмом. Благоприятное течение заболевания, в частности, отмечено у преморбидностеничных лиц и при малой наследственной отягощенности.

К особенностям симптоматики поздно начавшегося алкоголизма относятся дисфорические и эксплозивные состояния в опьянении, обилие диэнцефальных расстройств в структуре ААС, эмоциональные нарушения — депрессия, тревога, лабильность настроения, слезливость, ипохондричность, мнестические расстройства при отсутствии явных признаков нравственно-этического снижения. Разумеется, эти особенности характеризуют лишь большинство больных, но не позволяют исключить индивидуальных проявлений психической патологии.

Проблема алкоголизма у женщин окутана множеством довольно устойчивых мифов, основанных на поверхностных впечатлениях. Среди них — мнение об особой тяжести, о меньшей курабельности заболевания, преувеличенные представления о роли психических травм, социальных стрессов, эмансипации в генезе злоупотребления алкоголем и др. Это делает необходимым детальное рассмотрение существующих в этой области фактов. Острота этой проблемы велика и постоянно растет, что связано с чрезвычайным ущербом, наносимым женским алкоголизмом общественным устоям, и с увеличением пропорции женщин в структуре заболеваемости и болезненности алкоголизмом.

Причина, по которой алкоголизм у женщин считается особенно злокачественным, заключается в существовании общественного «табу» на женское пьянство. В отличие от пьяного мужчины пьяная женщина вызывает всеобщее отвращение, причем, по наблюдениям J. Curlee (1967), эти чувства иногда испытывают даже те женщины, которые сами больны алкоголизмом. Такой социальный «запрет» играет роль своеобразного фильтра, через который проникают в поле зрения врача лишь наиболее тяжелые формы болезни. Речь идет о том, что в подавляющем большинстве случаев женщины «прячут» свое пьянство и не обращаются за лечебной помощью, опасаясь встретить осуждение и насмешку. По тем же причинам для женщин, больных алкоголизмом, предпочтительными являются сугубо женские лечебные сообщества или группы, которые обеспечивают большее взаимопонимание и взаимную поддержку, избавляя от негативных оценок.

Но если пользоваться исключительно клиническими критериями, то заметного увеличения распространенности у женщин психопатий, депрессий и другой психической

патологии, которая связывается обычно с более тяжелым течением алкоголизма, отметить не удастся. Наоборот, по данным некоторых авторов, симптоматика алкоголизма у женщин несколько мягче, чем у мужчин, а результаты лечения несколько лучше.

Психическая травматизация у женщин сказывается в основном на течении алкоголизма — на устойчивости ремиссий, характере и тяжести алкогольной интоксикации, уровне критики к болезни и установке на лечение. Однако само возникновение болезни объяснить ею едва ли возможно: во-первых, перечень причин, приводимых с этой целью, настолько велик, что может быть соотнесен с биографией большинства женщин (утрата привлекательности, сексуальная неудовлетворенность, разводы, измены, одиночество, болезни, житейские невзгоды и др.); во-вторых, все названные обстоятельства чаще всего являются результатом алкоголизма, а не его причиной.

Алкогольный психоз – расстройство психики, которое возникает после длительного злоупотребления алкоголем. Его особенностью является то, что психические изменения формируются не сразу, постепенно, однако при их наличии человек постоянно переживает определенные ощущения. Важно отличать алкогольный психоз от обычного опьянения, при котором проявляются подобные симптомы. Алкогольный психоз проявляется не только при употреблении алкоголя, но и спустя сутки и более, когда человек его не употребляет. Простыми словами, алкогольный психоз – это стресс и нездоровая психика одновременно. Человек переживает определенные видения, ощущения и ситуации, которые зависят от того вида психоза, который проявился. Рассматриваемое понятие является общим наименованием всех психических изменений, которые возникают в результате алкогольной интоксикации.

Поскольку алкогольный психоз – это общее название, следует рассмотреть виды, в которых он проявляется:

– Делирий (белая горячка). Характеризуется потерей в пространстве и времени, галлюцинациями, тремором в конечностях, помутнением сознания, тревожностью и агрессивностью. Человек не помнит, что с ним было, пока он находился в данном состоянии.

– Галлюциноз. Характеризуется слуховыми или визуальными галлюцинациями, при котором человек не теряет в пространстве и времени, а также осознает и помнит все, что с ним происходит. Помимо этого, прослеживаются разговоры с самим собой, бредовые идеи, мания преследования, угнетенное настроение. С прогрессированием болезни больной может занимать лежачее положение.

– Бред, паранойя. Человек лишен каких-либо галлюцинаций, однако у него возникают различные навязчивые мысли. Например, идея о супружеской неверности или о том, что его преследуют. Поскольку больной совершает действия, которые подчиняются его бреду, он способен нанести себе или окружающим вред.

– Псевдопаралич. Состояние «овоща», в которое человек впадает. Возникают бред и галлюцинации. Человек становится замкнутым, апатичным, отгораживается от мира. Проявляются боли в конечностях, затрудненное движение, неразборчивая и затрудненная речь.

– Депрессия. Подавленность, раздражительность, самобичевание и падение самооценки являются основными характеристиками данного вида алкогольного психоза. Поскольку у человека и раньше могла наблюдаться депрессия, близкие могут не обратить внимания на состояние больного, думая, что с ним все в порядке.

– Алкогольная энцефалопатия. Это изменение функций головного мозга вследствие алкогольной интоксикации. Характеризуется нарушением памяти, расстройством сознания, головной болью, депрессией, плохим сном, подавленностью, апатичностью, рассеянностью.

– Дипсомания. Это безудержное желание напиться, которое невозможно утолить. Оно проявляется даже в тот момент, когда человек пьет. Главными признаками становятся

тремор конечностей, бессонница, потеря аппетита. Геморрагический полиэнцефалит. Комплекс психических расстройств.

– Корсаковский психоз. Характеризуется различными нарушениями памяти и нарушением функций организма. Часто меняется настроение на противоположное. Иногда прослеживается дезориентация. Снижается работоспособность. Возникает после употребления одеколона, низкокачественного спирта, лосьонов и т. д.

– Антабусный психоз. Характеризуется развитием после неправильного приема лекарственных препаратов (антабус, тетурам и т. д.), что происходит при самостоятельном лечении. Каждый вид алкогольного психоза длится по-разному и проявляется в различных симптомах, несмотря на то, что главной причиной их возникновения являются продукты распада спирта.

Можно выделить общие симптомы данного заболевания: Перепады настроения. Непрерывные движения. Выразительная мимика. Бред, галлюцинации и дезориентация. Изменение режима сна. Тремор конечностей. Изменение цвета кожи.

Самой главной причиной алкогольного психоза является злоупотребление спиртными напитками. Обычно он развивается после 3-5 лет злоупотребления и ухудшения здоровья. Скажем так, человек должен быть алкоголиком со стажем, который находится уже на второй или третьей стадии алкоголизма.

Помимо этого, в редких случаях выделяют генетическую предрасположенность человека к развитию данного заболевания. В редкую категорию причин входят также социальная среда и бытовые условия. Факторами данного заболевания выделяют: Инфекционные заболевания, особенно в головном мозге. Воспалительные процессы в организме. Травмы головного мозга. Сильные переживания, стресс и раздражители, подавляющие психику.

Делирий (лат. delirium — безумие, бред; синонимы делириозный синдром, лихорадочный бред) – кратковременное (до нескольких дней) помрачнение сознания, характеризующееся наплывом зрительных галлюцинаций и иллюзий, психомоторным возбуждением, дезориентировкой в окружающем мире. Так же как онейроид и аменция, делирий относится к качественным нарушениям сознания.

Это психическое расстройство может сопровождаться вербальными галлюцинациями, острым чувственным бредом, сенестопатиями. Возможен вариант, когда заболеванию не сопутствуют бред и галлюцинации – тогда речь идет о так называемом «делирии без делирия».

Заболевание проходит через 3 стадии. На первой появляются суетливость, капризность, эмоциональная лабильность, чрезмерная говорливость. Периодически появляются тревога и ожидание грядущей опасности. Больной быстро устает, с трудом засыпает, его раздражают яркий свет и громкие звуки.

Во второй стадии психоз прогрессирует: наблюдается наплыв парейдолий – иллюзий, при которых больной видит фантастические картины в узорах ковра или обоев. Резко повышается чувствительность к раздражителям, возможно развитие светобоязни, больной начинает путать сон с реальностью.

Третья стадия сопровождается наплывом зрительных галлюцинаций с элементами острого чувственного бреда. Больные тревожны и чрезвычайно возбуждены. Возможны люцидные интервалы, когда галлюцинации и бред исчезают, но больной чувствует себя истощенным и подавленным. К вечеру симптомы психоза нарастают. На следующий день симптомы расстройства обычно проходят.

Алкогольная энцефалопатия – заболевание, сопровождающееся разрушением клеток головного мозга под воздействием алкоголя. Заболевание, как правило, возникает незадолго до перехода или после перехода II стадии алкоголизма в III. Продолжительность постоянного употребления алкоголя до появления первых симптомов колеблется от 7 до 20 лет, однако возможно и более раннее начало болезни. В отдельных случаях симптомы могут возникать в отсутствие алкоголизма на фоне периодического употребления алкоголя.

Алкогольная энцефалопатия является серьезным заболеванием и требует раннего квалифицированного лечения. Количество летальных исходов при этой патологии по данным различных специалистов в области наркологии составляет 30-70%. В остальных случаях исходом, как правило, становятся психические расстройства различной степени выраженности. Возможно развитие психоорганического синдрома, псевдопаралитического синдрома или слабоумия. Лечение алкогольной энцефалопатии длительное, осуществляется в условиях наркологического стационара.

Причиной развития данного заболевания в подавляющем большинстве случаев становится длительное употребление больших доз алкоголя. В основе заболевания лежат нарушения обмена веществ, характерных для алкоголизма. Ведущую роль играет недостаток витаминов (прежде всего – группы В). В зависимости от скорости развития, преобладающих симптомов, особенностей течения и вариантов исхода различают две группы алкогольных энцефалопатий: острые и хронические. К числу острых энцефалопатий относят геморрагический полиэнцефалит (синдром Гайе-Вернике), митигированную острую энцефалопатию и энцефалопатию с молниеносным течением. В анамнезе у больных, страдающих хроническими энцефалопатиями, как правило, выявляются тяжелые алкогольные психозы или острые энцефалопатии. Существует две формы хронической алкогольной энцефалопатии: корсаковский психоз (алкогольный паралич, полиневритический психоз) и алкогольный псевдопаралич.

Алкогольный галлюциноз – один из самых распространенных металкогольных психозов. Развивается у 5-11% пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом. Обычно возникает в возрасте старше 40 лет на фоне постоянного многолетнего употребления спиртного. Женщины страдают чаще мужчин. В зависимости от формы может продолжаться от нескольких суток до года и более. Основным отличием от алкогольного делирия является преобладание слуховых галлюцинаций, а также сохранение ориентировки в окружающем и собственной личности.

Слуховые галлюцинации воспринимаются как абсолютно реальные голоса, которые ругают пациента или грозятся нанести ему тяжелый вред (покалечить, убить, изнасиловать). На фоне этих голосов больной алкогольным галлюцинозом может слышать крики детей или жены, умоляющих о помощи. Все перечисленное способствует формированию бреда преследования, возникновению выраженной тревоги и страха. Пациент может начать защищаться от несуществующих врагов. Возможны социально опасные действия, причинение вреда близким и попытки самоубийства. Необходима срочная госпитализация под наблюдение специалистов в области наркологии и психиатрии.

Различают острые, подострые и хронические алкогольные галлюцинозы. С учетом особенностей течения и преобладающей симптоматики выделяют:

Классические или типичные галлюцинозы – сопровождаются множественными истинными слуховыми галлюцинациями. Бред представляет собой интерпретацию галлюцинаций. Пациенты испытывают выраженный страх.

Редуцированные галлюцинозы – слуховые галлюцинации гипнагогические (возникают в момент засыпания) или простые, обрывочные. Бредовая концепция, как правило, не формируется или недостаточно сформирована. Наблюдаются аффективные нарушения в виде тревоги, подавленности и страха.

Атипичные галлюцинозы – на фоне слуховых галлюцинаций возникают нехарактерные нарушения: помрачения сознания, ступор, психические автоматизмы и т. д. Возможно преобладание аффективных расстройств.

Смешанные галлюцинозы – наблюдается сочетание галлюциноза с другими психическими расстройствами (например, с делирием или с бредом, не связанным со слуховыми галлюцинациями).

В течение нескольких суток до появления первых симптомов болезни могут наблюдаться предвестники и виде повышенной тревожности, страха, недоверчивости и

внутреннего напряжения. Преобладают типичные слуховые галлюцинации. Пациент слышит голоса, которые говорят о нем нечто нелестное, осуждают, ругают или угрожают. Больному может казаться, что эти голоса исходят от стен, предметов, окружающих людей или откуда-то извне. Иногда слуховые галлюцинации дополняются обманами зрения, которые никогда не бывают такими яркими и правдоподобными, как при алкогольном делирии, однако оказывают свое негативное действие, дополняя картину «происходящего» в создании пациента. На фоне галлюцинаций формируются бредовые идеи (обычно – отношения или преследования). Уровень тревоги и страха у пациента, страдающего алкогольным галлюцинозом, аналогичен уровню тревоги и страха, которые обычный человек переживает при возникновении непосредственной реальной угрозы для собственной жизни. При возникновении делириозного помрачения сознания (наблюдается у 10% пациентов) возможна попытка суицида или отчаянная защита с нанесением серьезных повреждений окружающим. В остальных случаях ориентировка в окружающем мире сохранена, больные ведут себя достаточно сдержанно, но это не дает повода оценивать ситуацию, как безопасную, поскольку их состояние в любой момент может измениться.

Алкогольный параноид (алкогольный бред преследования) возникает преимущественно в период похмелья, в ряде случаев в запое. Иногда развитию психоза предшествует короткий продром с бредовой настроенностью, вербальными иллюзиями и тревогой. Обычно психоз развивается внезапно. Сразу, без каких-либо размышлений и сомнений, больными овладевает непоколебимое убеждение в том, что их немедленно физически уничтожат.

Абортивный параноид. Бредовый психоз, обычно с неразвернутой симптоматикой, продолжается от нескольких часов до 1 сут. Нередко остается резидуальный бред.

Затяжной параноид. Начальные симптомы во многом характерны для острого алкогольного параноида. В последующем аффект изменяется, в нем начинают преобладать подавленность и тревога, а страх или отсутствует, или менее выражен и возникает эпизодически.

Алкогольный бред ревности (бред супружеской неверности, алкогольная паранойя) возникает у лиц с паранойяльным складом характера, иногда на фоне симптомов алкогольной деградации личности. Типичная форма бреда зрелого возраста.

Патологическое опьянение – редкое расстройство, причиной которого является не количество выпитого алкоголя, а своеобразная реакция организма, напоминающая парадоксальную реакцию на прием бензодиазепинов или барбитуратов. Специалисты в области наркологии и психиатрии считают, что в основе данной патологической реакции могут лежать перенесенные ранее черепно-мозговые травмы и некоторые заболевания головного мозга. Признаков психических нарушений вне состояния патологического опьянения у пациентов не выявляется. Обычно у одного больного наблюдается один психотический эпизод, повторение психоза считается маловероятным.

Опасность данного состояния заключается в его внезапности и неожиданности для окружающих, а также в выраженной агрессивности пациента, которая может повлечь за собой причинение вреда (в том числе и тяжелого, вплоть до убийства) другим людям. Больной, совершивший уголовно наказуемое деяние в состоянии патологического опьянения, признается невменяемым. Поскольку диагноз всегда выставляется ретроспективно, экспертизу осуществляют с учетом свидетельств очевидцев, материалов уголовного дела и т. д. При совершении преступления диагноз выставляют специалисты в области судебной психиатрии, при отсутствии противоправных действий больного обследуют врачи наркологии.

Патологическое опьянение не является стадией или разновидностью обычного алкогольного опьянения. Оно представляет собой самостоятельное состояние, возникающее под влиянием постоянных и временных факторов. К числу постоянных факторов относятся перенесенные органические заболевания головного мозга и черепно-

мозговые травмы. При этом в нормальном состоянии остаточные явления поражений головного мозга, как правило, выражены очень слабо или отсутствуют. Установлено, что психотические эпизоды чаще развиваются у людей, страдающих алкоголизмом, и больных с психопатиями, однако, это не относится к числу обязательных условий.

И.Н. Введенский указывает две формы патологического опьянения: epileptoидную и параноидную. Кроме того, судебные психиатры различают третий вариант данной патологии – алкогольную кататонию.

Эpileptoидная форма сопровождается внезапной дезориентацией. Пациент утрачивает контакт с реальностью. Возникают выраженный страх, гнев и подозрительность. Отмечается двигательное возбуждение. Движения резкие, грубые, бессмысленные, по типу двигательных автоматизмов. Характерна внезапная жестокость. Обычно больной нападает на «противников» молча, реже бормочет или что-то кричит. Осознание и критика собственных действий отсутствуют, возможно нанесение тяжелых увечий.

Галлюцинаторно-параноидная или параноидная форма проявляется внезапным нарушением сознания и бредом. Контакт с реальностью утрачен. Пациент возбужден. Движения импульсивные, сопровождаются резко выраженными аффективными реакциями в виде гнева или страха. Поведение соответствует содержанию бреда. Больной может кричать, приказывать или угрожать, однако продуктивный контакт невозможен. Для обеих форм характерно внезапное начало и такое же внезапное окончание с переходом в очень глубокий терминальный сон.

При алкогольной кататонии наблюдается «застревание» пациентов в каком-либо действии или переживании. Больные могут повторять какие-то слова или движения, не обращая внимания на окружающих и не реагируя на попытки вступить в контакт. Возможен как активный, так и пассивный негативизм – пациенты либо не выполняют просьб и требований, либо активно противодействуют (осуществляют действие, противоположное требованию).

Мероприятия по лечению алкоголизма могут быть экстренными или плановыми, проводиться на дому, амбулаторно или в стационарных условиях. Используется медикаментозная терапия, психотерапевтические методы воздействия и комбинированные методики. В тяжелых случаях после лечения алкоголизма требуется реабилитация в стационарных условиях. В зависимости от конкретных обстоятельств больному алкоголизмом могут рекомендовать личную или семейную психотерапию, посещение групп поддержки и т. д.

Экстренные мероприятия по лечению пациентов, страдающих алкоголизмом, включают в себя выведение из запоя и устранение явлений абстинентного синдрома. На начальных стадиях алкоголизма и при непродолжительных запоях возможно лечение на дому. В остальных случаях необходима транспортировка в наркологическую клинику. Больному алкоголизмом переливают солевые растворы, вводят витамины, антиоксиданты, успокоительные и антипсихотические средства, а также препараты для нормализации работы сердца, печени, поджелудочной железы и головного мозга.

Плановое лечение алкоголизма может быть медикаментозным или немедикаментозным. При использовании медикаментозных способов кодирования от алкоголизма в организм пациента вводят препарат, вызывающий резко выраженные негативные последствия при приеме спиртного. Возможно вшивание капсулы или внутривенное введение лекарственного средства (обычно – дисульфирама). Немедикаментозное лечение предполагает воздействие на психику больного с целью создания установки на отказ от употребления спиртных напитков, осознание серьезности последствий алкоголизма и т. д. В настоящее время часто используют комбинированные способы лечения – введение лекарственных препаратов в сочетании с гипноугнессивной психотерапией. Возможно, как амбулаторное лечение, так и госпитализация для

проведения терапии, направленной на восстановление функций различных органов. Заключительным этапом лечения от алкоголизма является социальная реабилитация.

Под алкогольным синдромом плода (АСП) понимают множественные и в разной степени выраженные отклонения в физическом и психическом развитии младенца вследствие употребления матерью алкоголя до беременности и в период вынашивания плода. Одни отклонения могут проявиться у ребенка вскоре после рождения, а другие – в более поздний период развития. Симптоматика АСП достаточно разнообразна. По степени выраженности проявления могут быть легкими, среднетяжелыми и тяжелыми:

- дородовая и послеродовая дистрофия;
- черепно-лицевая патология;
- физические уродства и аномалии органов;
- повреждения ЦНС (головного мозга).

Новорожденные имеют низкий вес при рождении и недостаточную длину тела. Отстают в физическом развитии детки и после рождения. Чем больше и чаще употребляла мать алкоголь, тем больше отстает малыш в развитии. Иногда отставание настолько выражено, что новорожденных приходится госпитализировать. Отставание в развитии отмечается на протяжении всей жизни, даже если детям создаются благоприятные условия.

Органические изменения, происшедшие в организме при закладке органов внутриутробно, необратимы, их изменить невозможно, они остаются в большинстве случаев на всю жизнь. Некоторые дефекты устраняются оперативным путем: это касается пороков сердца, расщелины твердого неба, неопущения яичка, дисплазии тазобедренных суставов и т.д.

При проблемах с обучением вопрос решается применением специальных учебных программ в спецшколах. При поведенческих отклонениях проводится консультация психолога. В некоторых случаях проводится симптоматическое медикаментозное лечение (при судорожном синдроме, например).

Надлежит отыскать вместе с больным или помимо его, или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которым может быть связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза. Дальше нужно понять, почему эти обстоятельства обусловили такой результат у нашего больного, когда у другого человека они остались без малейшего внимания.

На основе учения И.П. Павлова строится активная психотерапия по Иванову. В основе ее лежат сформулированные Павловым принципы:

- а) охранительный;
- б) активирующий.

Эти принципы имеют разный удельный вес в каждом конкретном случае в зависимости от формы заболевания, течения болезни, особенностей личности больного.

Охранительный аспект имеет целью успокоение больного, смягчение болезненных ощущений, снижение эмоционального реагирования, а стимулирующий направлен на мобилизацию компенсаторных защитных сил организма в противодействии тем или иным симптомам болезни, усиление социальной активности больного, включение в полноценную трудовую деятельность.

Сам термин «условно-рефлекторная терапия» впервые ввел Сэлтер (1949). Ссылаясь на учение И.П. Павлова, он предложил программу для клиентов с ограниченным репертуаром стереотипов поведения (дефицит спонтанности), мешающим их самореализации в общении и деятельности и создающий им чувство ущербности.

Программа «экспрессивного тренинга», как следует из его названия, направлена на раскрепощение «зажатых» клиентов в свободном выражении своих чувств и эмоций. Эта программа включает последовательное решение следующих задач:

- 1) обучение внешнему выражению эмоций, особенно в межличностном общении;

- 2) обучение гармонизации внутреннего восприятия своих чувств и эмоций и их внешнего проявления;
- 3) закрепление новых стереотипов с помощью дифференцированной обратной связи с окружающими;
- 4) обучение использованию местоимения «Я» при высказывании своих желаний с принятием большей ответственности и осознанием ее;
- 5) тренинг усиления способности к спонтанности и гибкости поведения в условиях группы и в реальной жизни;
- 6) обучение использованию самоподкрепления в виде само- одобрения и самопохвалы.

Психотерапия – это лечебная методика вербального воздействия, которая применяется в психиатрии и наркологии.

Психотерапия может использоваться либо самостоятельно, либо в сочетании с медикаментами. Наибольший эффект психотерапия оказывает на больных с расстройствами невротического спектра (тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства, панические атаки, депрессии и др.) и психогенными заболеваниями.

Классификация психотерапии. На сегодняшний день выделяют три основных направления психотерапии:

Динамическая

Поведенческая (или бихевиоральная)

Экзистенциально-гуманистическая

Все они имеют разные механизмы воздействия на больного, но суть их одна – ориентация не на симптом, а на целостную личность.

В зависимости от необходимой цели практическая психотерапия может быть:

Поддерживающей. Суть её состоит в укреплении, поддержке имеющихся у больного защитных сил, а также выработке схем поведения, которые помогут стабилизировать эмоциональное и когнитивное равновесие.

Переучивающей. Полная или частичная реконструкция негативных навыков, ухудшающих качество жизни и адаптацию в социуме. Работа проводится путем поддержки и одобрения положительных форм поведения у пациента.

По количеству участников психотерапия бывает индивидуальной и групповой. Каждый вариант имеет свои плюсы и минусы. Индивидуальная психотерапия является плацдармом для пациентов, которые не подготовлены к групповым занятиям или отказываются в них участвовать из-за особенностей характера. В свою очередь групповой вариант намного эффективней в плане взаимной коммуникации и обмена опытом. Особой разновидностью является семейная психотерапия, которая подразумевает совместную работу с двумя супругами.

Психотерапия является хорошим методом лечения благодаря трем сферам воздействия:

Эмоциональная. Пациенту оказывается моральная поддержка, принятие, сопереживание, возможность проявить собственные чувства и не быть осужденным за это.

Когнитивная. Происходит осознание, «интеллектуализация» собственных поступков и стремлений. При этом психотерапевт выступает в роли зеркала, которое отображает больному его самого.

Поведенческая. Во время сеансов психотерапии вырабатываются привычки и модели поведения, которые помогут больному адаптироваться в семье и социуме.

Хорошее сочетание всех вышеперечисленных сфер практикуется в когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ).

Поддерживающая терапия–

1.Любая форма психотерапии, в которой со стороны терапевта предоставляется прямая помощь пациенту(подбадривание, положительные оценки, комплименты, советы, пом

ость в составлении определённой программы действий, работа над программными изменениями поведения и т.п.), но при этом избегаются исследование и попытки преодоления более глубоких конфликтов индивида.

2. Амбулаторное лечение психиатрических пациентов, в том числе и психотропным и препаратами в дозах, достаточных для поддержания ремиссии, предотвращения рецидивов болезни, а также нормализации уровня активности и поведения.

Реабилитационный этап лечения больных алкоголизмом предусматривает устранение или уменьшение личностных и интеллектуально-мнестических нарушений, профессиональную и социальную адаптацию, восстановление межличностных отношений в микросоциальной среде пациента.

В настоящее время сделаны первые попытки выработки стратегии фармакологической коррекции нарушений высших функций мозга при алкоголизме с помощью ноотропов, нейропептидов, психостимуляторов. Однако, к сожалению, эти исследования скорее единичны, нежели имеют систематический характер. Вместе с тем преодоление таких важных симптомов хронического алкоголизма, как алкогольная анозогнозия, лежит лишь через улучшение интеллектуально-мнестических функций пациентов.

Проблема алкоголизма и проблема изучения механизмов нарушений высших функций мозга, в первую очередь памяти, очень тесно взаимосвязаны. Во-первых, алкоголизм как хроническое заболевание мозга можно рассматривать как патологическое состояние, в основе которого лежит сформированная энграмма памяти, определяющая устойчивость данного состояния. Во-вторых, при применении этанола (однократном или хроническом) выявляются расстройства обучения и памяти различной степени выраженности. Последнее обстоятельство определяет всевозрастающий интерес к этой проблеме и требует разработки эффективных средств профилактики и лечения патологического пристрастия к алкоголю. Большинство нейротропных средств, используемых в наркологии, прямо перенесено из психиатрии без учета возможных изменений реактивности организма наркологических больных. В связи с этим применяемые средства не только не всегда могут обеспечивать достаточный терапевтический эффект при симптоматическом лечении нарушений высших функций мозга (мышление, память, внимание), но и приводят к нежелательным, часто токсическим проявлениям, что резко снижает качество лечения. Важно учитывать, что большинство нейротропных веществ, влияющих на мнестическую функцию, может изменять перцепцию, уровень внимания, активного бодрствования, влиять на установку, эмоциональный статус, функциональное состояние мотивационных подкрепляющих систем мозга. Это определяет целесообразность фармакологического воздействия на все эти процессы с целью оптимизации психотерапевтической работы.

Еще одним значимым обстоятельством, определяющим ценность фармакологического воздействия на нарушенную функцию памяти у больных алкоголизмом, следует признать коррекцию алкогольной анозогнозии (отрицаний болезни), являющейся одним из основных клинических феноменов алкоголизма, серьезно препятствующих эффективности противоалкогольного лечения.

Представление человека о наличии у него определенной болезни обычно строится на основании интеллектуальной и эмоциональной переработки соответствующей информации по этой проблеме. Имеющиеся у больных алкоголизмом нарушения высших когнитивных функций (ослабление избирательности внимания, трудности дифференцирования значимой информации от незначимой, снижение способности к абстрагированию и др.) могут являться препятствием к адекватной интеллектуальной переработке информации по проблеме алкоголизма. Различия в осознании и принятии заболевания, в установлении причинно-следственных связей между злоупотреблением алкоголем и появлением симптомов болезни, нарушений соматического состояния и социального статуса у различных больных могут быть связаны с длительностью

предшествующей алкоголизации и темпом прогрессирования болезни. Доказано, что изменения в когнитивной сфере наблюдаются у больных с большей продолжительностью и большей интенсивностью хронической алкогольной интоксикации

Основное действие пирацетама – лечение сосудистых расстройств, уменьшает головные боли, головокружение, чувство апатии, сонливость.

Второе направление в применении пирацетама — коррекция побочных явлений и осложнений психофармакологической терапии (лечение нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами) и мнестических нарушений, возникающих в связи с электросудорожной терапией. Из применяемых в настоящее время ноотропных средств именно пирацетам оказался наиболее эффективным для купирования таких состояний, как лекарственные астении, адинамии и делириозные состояния, нейролептические эксцитомоторные кризы с двигательными гиперкинезами и т. д.

Третьей важной областью применения пирацетама является геронтопсихиатрия. Препарат эффективен как при сосудистых психотических и неврозоподобных состояниях (цереброастенических состояниях), так и при более выраженной дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического генеза. Пирацетам включают в комплексное лечение с назначением гипохолестеринемических, вазоактивных и других средств. Пирацетам предлагается включать в терапию негрубых проявлений сенильного слабоумия у больных, в некоторых случаях — при атрофических процессах пресенильного возраста, например, болезни Альцгеймера.

Чрезвычайно широкое применение пирацетам получил в психиатрической практике у детей (четвертое направление). Основными показаниями к применению пирацетама у детей являются различные психические заболевания, в основе которых лежат органические заболевания центральной нервной системы: острые подострые, хронические и резидуальные. Препарат также широко используется в неврологической, и в нейрохирургической, и в педиатрической, и в акушерской» практике. Он эффективен для профилактики и лечения асфиксии новорожденных различной степени выраженности, при родовой травме и ее последствиях черепно-мозговой травме в остром и отдаленном периодах, после перенесенных! энцефалитов, менингитов, менингоэнцефалитов, арахноидитов различного генеза, в постоперационном периоде при опухолях головного мозга, задержке психического развития, олигофрении, детском церебральном параличе, энурезе, недержании кала, гиперкинезах, заикании органического происхождения.

Лечение пирацетамом приводит к стойкому и длительному улучшению при некоторых расстройствах усвоения учебного материала. Пирацетам оказывает благоприятное действие на состояние эмоционально-волевой сферы: больные становятся активнее, контактнее, повышается интерес к школьным занятиям, улучшаются настроение, память, усиливается концентрация внимания.

И, наконец, пятая группа показаний для применения пирацетама как нейрометаболического стимулятора — купирование астенических состояний у практически здоровых лиц в условиях чрезмерных нагрузок, истощающих функциональные возможности нервной системы, у учащихся и студентов как при обычных, так и при повышенных (экзаменационная сессия) академических нагрузках.

Профилактика алкоголизма остается одной из актуальных проблем в России. Рост алкоголизации населения России свидетельствует о необходимости разработки новых концепций в профилактике алкоголизма. Профилактика алкоголизма складывается из двух стратегий:

Снижение факторов риска приводящих к алкоголизму;

Усиление факторов, которые понижают восприимчивость к алкоголизму.

Ни для кого не секрет, что определенные жизненные ситуации могут способствовать, либо препятствовать началу употребления алкоголя. Обстоятельства, способствующие употреблению алкоголя – называются факторами риска. А обстоятельства, снижающие употребление алкоголя – называются факторами защиты.

Факторы риска:

Проблемы с психическим или физическим здоровьем индивида;

Дети, рожденные и воспитанные родителями алкоголиками;

Общение с людьми, регулярно употребляющими алкоголь и отсутствие устойчивости к давлению сверстников;

Личностные качества (низкий интеллект, низкая самооценка, переменчивость настроения, неуверенность в себе, нежелание придерживаться социальных норм, ценностей и поведения и т.д.);

Раннее начало половой жизни;

Частые конфликты в семье, низкий уровень доходов в семье;

Плохая успеваемость в школе, нежелание учиться;

Проблемы при общении с родственниками, сверстниками.

Факторы защиты:

Благополучие в семье, сплоченность членов семьи, хорошее воспитание, отсутствие конфликтов в семье;

Высокий уровень интеллекта, физическое и психическое здоровье, устойчивость к стрессам;

Хороший уровень достатка, обеспеченность жильем;

Регулярное медицинское наблюдение;

Низкий уровень криминализации в населенном пункте;

Высокая самооценка, способность эффективно решать возникшие проблемы, устойчивость к давлению, умение контролировать эмоции и свое поведение;

Соблюдение общественных норм.

Из приведенного выше становится понятно, что профилактика алкоголизма имеет перед собой цель усилить факторы защиты и по возможности убрать факторы риска. В процессе своей жизни на человека воздействуют как факторы риска, так и факторы защиты и чем больше факторов риска, тем больше шанс стать алкоголиком. Нет единственного фактора, который бы способствовал развитию алкоголизма.

Рекомендуемая литература:

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : практ. пособие / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-09624-8. — Режим доступа : www.biblionline.ru/book/670D737D-92C8-4A98-B1EE-7C3378680D53.

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : учебное пособие для вузов / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Авторский учебник). — ISBN 978-5-534-08745-1. — Режим доступа : www.biblionline.ru/book/429C2B2D-A09B-4522-9B77-D791D4624527.

Карпец В.В. Система мотивации больных наркологического профиля на процесс реабилитации [Электронный ресурс] : методические рекомендации для клинических психологов, психиатров-наркологов, психотерапевтов / В.В. Карпец, Г.И. Дереча. — Электрон. текстовые данные. — Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. — 31 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21868.htm>

Тема 3. Развитие наркоманий и токсикоманий.

Патогенетические механизмы развития наркоманий и токсикоманий. Возникновение наркоманий при злоупотреблении: опиатными наркотиками, стимуляторами (кокаин, амфетамин, эфедрон, никотин, танин). Возникновение наркоманий при злоупотреблении: каннабиноидами (марихуана и её производные), барбитуратами. Возникновение наркоманий при злоупотреблении: галлюциногенов и психоделиков: (Л.С.Д., мескалин,

псилоцибин, фенциклидин, МДА, МДМА). Лечение наркозависимости. Основные принципы лечения наркозависимости. Психология наркозависимых.

В патогенезе наркоманий и токсикоманий выделяют следующие идущие друг за другом три стадии, в частности, формирование психического влечения, физической зависимости и истощения.

Основу этих трех стадий составляют следующие пять синдромов:

- синдром наркотического опьянения,
- синдром измененной реактивности организма к действию соответствующего наркотика или токсического вещества или соединения,
- синдром психической зависимости,
- синдром физической зависимости,
- синдром последствий хронической наркотизации (истощения).

Первые три синдрома составляют основу стадии психического влечения, четвертый синдром – основу стадии физической зависимости и пятый синдром - основу стадии истощения.

Синдром наркотического опьянения включает определенные объективные, регистрируемые окружающими людьми, психические и соматические симптомы, а также субъективные ощущения (как и испытываемые опьяневшими от алкоголя людьми).

Состояние психики выражается определенным типом эйфории, включающей эмоциональные проявления, психические и соматические чувствования.

Наркотическое опьянение проявляется количественным и качественным нарушением того или иного восприятия. В частности, могут отмечаться обострение (стимуляция), снижение, избирательность восприятия, а также психосенсорные и продуктивные расстройства в виде иллюзий или галлюцинаций. Одновременно выявляются разнообразные вегетативные нарушения (мидриаз или миоз, гипертермия или гипотермия покровов, снижение аппетита, повышение сексуальной активности и многие другие).

Синдром измененной реактивности включает:

- изменение формы потребления наркотического вещества,
- изменение толерантности к наркотику,
- снижение и исчезновение защитных реакций организма,
- изменение формы опьянения.

Сначала прием наркотика становится регулярным, потом – систематическим. Не только появляется, но и усиливается влечение к наркотику, формируется синдром абстиненции, возрастает переносимость (толерантность) того или иного наркотика. Для достижения определенного эйфорического эффекта человек должен принимать наркотик чаще и в больших количествах (дозах). При этом снижаются и исчезают различные защитные реакции (тошнота, рвота, потоотделение, икота, слюнотечение и др.).

Синдром психической зависимости включает:

- психическое (обсессивное) влечение к наркотику,
- способность достижения состояния психического комфорта в интоксикации,
- абстинентный синдром (слабо выраженный).

Психическое влечение проявляется в постоянных мыслях о наркотике, подъеме настроения при приближении его приема и, наоборот, ухудшении и подавлении настроения при отсутствии наркотика или затруднении его приобретения. Все жизненные помыслы направлены на систематическое, более частое и в возрастающих дозах получение наркотических средств.

В перерывах между приемами психоактивного средства человек испытывает состояние дискомфорта. Прием данного или другого наркотика ослабляет или ликвидирует это негативное ощущение.

Влечение к наркотику обостряется при неприятных переживаниях и разговорах о наркотиках.

С развитием наркомании формируется абстинентный синдром. После его купирования развивается временная ремиссия. Последняя сменяется психическим влечением к любому наркотику.

Психический комфорт возникает только при условии приема наркотика, то есть только в условиях наркотической интоксикации.

Перечисленные синдромы составляют стадию психического влечения к психоактивному средству. Эту стадию нередко именуют неврозоподобной (главным образом неврастенической) стадией. Это объясняется тем, что при уменьшении суточного приема наркотического или токсического средства развиваются беспокойство, слабость, раздражительность (в частности, раздражительная слабость или неврастения), быстрая физическая и, особенно, умственная утомляемость, нарушение концентрирования внимания.

Длительность первой стадии при употреблении разных наркотиков различная и колеблется от 2-6 месяцев (например, для морфина), до нескольких лет (например, для марихуаны).

Синдром физической зависимости, составляющий основу одноименной стадии – стадии физической зависимости включает:

- физическое (компульсивное) влечение,
- способность достижения состояния физического комфорта в интоксикации,
- абстинентный синдром (сильно выраженный).

У большинства наркоманов вне приема или невозможности приема наркотиков формируется абстинентный (похмельный) синдром. Абстиненция (от лат. *abstinentia* – воздержание) проявляется психическими, вегетативными, неврологическими и соматическими расстройствами, клиническая картина которых зависит от вида, дозы и продолжительности употребления наркотика.

Выраженный абстинентный синдром является показателем сформировавшейся физической зависимости больного от наркотика. Организм нуждается не только в очередной, а и в более высокой дозе наркотика. В период абстинентного синдрома нарушаются и извращаются механизмы саморегуляции (защитные, компенсаторные и приспособительные реакции) организма.

Возникают суетливость, психомоторная подвижность, многоречивость, как правило, бледность кожных покровов, сухая или влажная кожа (из-за снижения или повышения секреции потовых желез), тахикардия, артериальная гипертензия, увеличение тонуса гладких и скелетных мышц (приводящих к возникновению сильных болей – «ломок»), головные боли, боли в области желудка, могут быть рвота, понос, профузный пот, ухудшение настроения, ощущение тревоги, депрессии, тоски, либо злобы.

Состояние абстиненции может длиться различное время: от нескольких дней – для алкоголя, до месяцев – для опиоидов. Прием наркотика, токсического вещества, алкоголя, как правило, облегчает состояние больного. Организм самостоятельно восстановить нарушенный гомеостаз не может.

Стадия физической зависимости, длящаяся от 5 до 10 лет, характеризует начало социальной деградации личности.

Синдром последствий и осложнений хронической наркотизации, составляющий основу стадии истощения, включает самые разнообразные и обычно прогрессирующие расстройства. Последние проявляются нарушениями сна, интеллекта; развитием глубокой и максимально выраженной деградации личности; снижением физической активности, биологических и социальных влечений и потребностей, сопротивляемости организма к действию разных патогенных факторов; формированием и усилением трофических расстройств, различных видов иммунодефицита, общего истощения; развитием психопатии, слабоумия; обеднением эмоциональной сферы, разрушением личности; возникновением психозов, парезов, параличей, повреждений жизненно важных внутренних органов (сердца, печени, кишечника, почек и др.).

Наркотические и токсические средства (вещества), имея, в целом, общие механизмы действия, могут вызывать либо сходную, либо различную клиническую картину. Возникающие в ответ на их прием наркомании и токсикомании являются тяжелыми и трудно лечимыми заболеваниями.

Страдающие наркоманиями и токсикоманиями люди, в отличие от множества других заболеваний, себя больными не считают. У этих больных нет мотивации избавления от имеющегося у них недуга, в связи с чем их крайне сложно лечить.

Опийная наркомания – обусловлена злоупотреблением опийной группы – морфином (морфинизм), кодеином (кодеинизм), омнопонем, промедолом, опиум сырцом, героином и другие. Наиболее часто их применяют внутрь или вводят внутривенно, иногда подкожно. Препараты этой группы обладают сходным наркотическим эффектом, различаются по силе проявлений абстинентного синдрома, скорости формирования наркомании и особенностям острой интоксикации. При острой опийной интоксикации отмечаются резкое сужение зрачков (симптом «булавочной головки»), побледнение и сухость кожи, пониженное артериальное давление, брадикардия, снижение глубоких сухожильных и кашлевого рефлексов, угнетение дыхания, запоры, нарушения координации движений, аналгезия. Психические расстройства включают изменение поведения и настроения; первоначально наблюдаются оживленность, расторможенность, ускорение речевых и ассоциативных процессов, снижение критики; впоследствии подъем настроения сменяется сонливостью, речь становится замедленной, ослабевает внимание, появляются апатия или дисфория.

При систематическом употреблении препаратов опийной группы возникает выраженная психическая и физическая зависимость. Явления абстиненции развиваются через 6-20 часов после последнего приема опийного препарата и достигают пика на 2-3-й день. Средние сроки формирования физической зависимости варьируют от 2-3 недели до 1,5-2 месяца, что связано с их наркотической активностью и способами введения. Наиболее острые проявления абстиненции исчезают обычно в течение 7-10 дней, однако резидуальные явления сохраняются иногда до 6 мес. и более. Начальными признаками абстинентного синдрома при опийной наркомании являются зевота, слезотечение, насморк, чиханье, повышенная потливость, вазомоторные расстройства в виде «приливов», расширение зрачков, тахикардия, потеря аппетита, тремор пальцев рук, тревога, раздражительность, бессонница. По мере развития абстинентного синдрома присоединяются тошнота, рвота, поносы, повышение температуры тела с ознобом, учащение дыхания, подъем артериального давления, спазмы в желудке, боли в мышцах, суставах (особенно крупных) и пояснице, возможны генерализованные болевые ощущения, обезвоживание организма, а также депрессия, двигательное возбуждение с чувством тревоги. В период абстинентного синдрома отмечаются выраженное влечение к наркотическому средству с целью устранения физического и психического дискомфорта, нарушения поведения (больные в данном состоянии могут совершать опасные преступления).

Одним из признаков опийной наркомании является повышение толерантности к действию опийных препаратов.

Опийная наркомания при длительном употреблении препаратов сопровождается тяжелыми хроническими соматическими и психическими нарушениями. Больные выглядят значительно старше своих лет, кожа бледная с желтушным оттенком, на лице образуются многочисленные морщины. Разрушаются и выпадают зубы, волосы теряют блеск, становятся ломкими, наблюдается раннее облысение. Больные заметно истощены, уменьшение массы тела. В результате многочисленных инъекций вены утолщаются, появляются рубцовые изменения. Возникают стойкие психопатоподобные расстройства, астенический синдром, отмечается деградация личности – сужение круга интересов (мысли больных сосредоточены преимущественно на добывании наркотических средств), прекращение общественно полезной деятельности, снижение моральных установок. Эмоционально-волевые расстройства опиоманов напоминают аналогичные нарушения при

шизофрении. Развитие психоорганического синдрома, особенно слабоумия, для больных опийной наркоманией, употребляющих так называемые чистые опийные препараты (морфин, опийсырец и другие), не характерно.

Психостимуляторы – это препараты, которые возбуждающе действуют на ЦНС. У здоровых лиц они устраняют чувство усталости, вызывают стремление к деятельности, создают субъективное ощущение бодрости, ясности ума и сообразительности, легкости движений, уверенности в своих силах и способностях. К группе психостимуляторов, обладающих наркогенностью, относятся амфетамин, кустарные препараты эфедрина и эфедринсодержащих смесей, кокаин и кофеин.

Злоупотребление стимуляторами – эфедрином, препаратами из эфедрина, грацидином (прелюдином), амфетамином (фенамином), первитином (метамфетамином), псевдоэфедрином, кокаином, кофеином – может привести к развитию наркомании и токсикомании. Синдром зависимости при употреблении других стимуляторов встречается редко. Стимуляторы воздействуют на нейротрансмиттеры. В основе их действия лежит стимуляция освобождения норадреналина, дофамина, серотонина и торможение их обратного захвата.

Для всех стимуляторов характерна сходная картина интоксикации, различающаяся в зависимости от дозы и конкретного вещества. Вначале появляется ощущение блаженства с чувством озарения, вскоре возникают приятные телесные ощущения. Во время этого состояния больные остаются заторможенными. Затем развивается яркий маниакальный аффект и сверхбодрствующее состояние сознания. Больные становятся суетливыми, болтливыми, переоценивают свои возможности. Через несколько часов начинается возвращение к обычному состоянию, настроение снижается, возникают парестезии, алгии, гиперестезия.

Препараты из эфедрина обычно вводят внутривенно, кокаин чаще нюхают, фенамин, метилendioксиметамфетамин (экстази) принимают внутрь. Патологическое влечение возникает достаточно быстро при внутривенном введении стимуляторов. На начальном этапе появляется сильное влечение, растет толерантность, увеличиваются суточные дозировки наркотика, укорачивается действие разовой дозы. Наркотик употребляется циклически, длительность циклов – от 3 до 10 дней. Во время этих циклов плохо едят, теряют в весе до 10-15 кг. В отсутствии наркотика – чувство неудовлетворенности, пониженное настроение. При прекращении приема наркотика возникает слабость, потребность во сне отсутствует.

Затем наступает второй этап, характеризующийся максимально высокой толерантностью к наркотику. Увеличивается и разовая, и суточная дозировка стимуляторов. Наркотик вводится многократно в течение дня, разовое действие укорачивается, поведение в интоксикации определяется маниакальным аффектом. Больные становятся менее суетливыми, их деятельность – более упорядоченной и продуктивной. К концу интоксикации появляются недовольство, раздражительность. Формируется абстинентный синдром: после прекращения приема наркотика появляются головная боль, боли в сердце, приступы сердцебиения, подергивания мышц и судороги в них, тремор, атаксия, дискоординация движений, зевота, озноб, гиперестезия. Настроение становится тревожно-тоскливым. Через несколько дней появляются вялость, тоскливая депрессия с адинамией, падение аппетита, продолжается потеря веса тела. Сон становится длительным. Тоскливая депрессия, ослабевающая, длится до 1, 5 месяцев. Иногда развивается острый психоз, протекающий в форме делирия или галлюциноза.

На третьем этапе, при многолетнем употреблении стимуляторов, начинает уменьшаться суточная и разовая дозировка наркотиков. Циклы наркотизации становятся короче. В интоксикации нет прежнего подъема настроения. Речь становится медлительной, появляются персеверации. Нередко отмечаются взбудораженность, тревога и пугливость.

Через 12-20 часов после приема наркотика развиваются абстинентные проявления: головная боль, слабость, фибриллярные подергивания мышц, неустойчивость настроения.

Через сутки сонливость сменяется бессонницей, тревогой, гиперестезией, усилением влечения к наркотику. В дальнейшем в течение нескольких недель отмечается апатическая депрессия с вялостью и адинамией.

Постепенно измененное восприятие собственного «я» и окружающего мира исчезает, появляются пониженное настроение, усталость, утомляемость, затем раздражительность, тревога, чувство раскаяния. При эфедроне преобладают тревога, раздражительность, при первитине – депрессия с неуверенностью и чувством безысходности. Депрессивные проявления усиливаются. Существование становится мучительным, тягостным, тускнеет цветовая гамма, звуки утрачивают свою четкость. Тоскливое состояние длится несколько часов, сменяясь проявлениями абстинентного синдрома.

Для эфедриновой токсикомании характерна утрата ситуационного контроля. Больные прекращают учиться, работать. Сходные изменения возникают при злоупотреблении кокаином. Кокаиновая интоксикация отличается возникновением гипомании, а затем мании с очень большой двигательной активностью и отсутствием чувства усталости. При внутривенном введении изменения психики начинаются через 1-2 минуты, при интраназальном – через 5-10 минут. Для поддержания маниакального состояния кокаин употребляется каждые 15-20 минут на протяжении многих часов. Соматические и неврологические проявления интоксикации следующие: тахикардия, тахипное, сужение сосудов и повышение артериального давления, расширение зрачков, дрожание, гипергидроз, миоклонические подергивания. Появляются головная боль, жжение в глазах. Appetit отсутствует, может возникнуть диарея, температура тела повышается. После прекращения приема кокаина возникает дисфорическая депрессия, сменяющаяся длительным сном, после которого состояние улучшается.

Периоды ежедневного потребления кокаина могут продолжаться 5-7 дней. При употреблении очень больших доз кокаина на высоте интоксикации появляются единичные обманы восприятия, могут возникнуть длящиеся несколько дней психозы (делирии, острые параноиды, онейроиды). Передозировка кокаина может привести к возникновению судорожных припадков, сердечных аритмий с остановкой сердца, инфаркту миокарда, смерти в результате гиперпирексии. Абстинентный синдром возникает через несколько суток после отнятия наркотика. Появляется дисфорическая депрессия, длящаяся в некоторых случаях до 1 месяца. В постинтоксикационном состоянии и во время абстинентного синдрома повышается риск совершения суицидов. Длительное злоупотребление кокаином приводит прежде всего к поражению сердечно-сосудистой системы (инфаркты миокарда, мозговые инсульты), что связывают с адренергическим эффектом наркотика. При курении кокаина-основания («крэк») наблюдаются поражения органов дыхания. Многолетнее злоупотребление кокаином приводит к снижению аппетита, падению веса, поражению внутренних органов, нарушению иммунитета, возникновению инфекционных заболеваний (в том числе ВИЧ-инфекции). Основная причина смерти - совершение суицидов.

Лечение обычно начинают в стационаре. Основная задача – нормализовать сон и устранить проявления депрессии. Широко используются антидепрессанты. Поддерживающее лечение в амбулаторных условиях предполагает психотерапевтическое воздействие и использование медикаментов при нарушениях сна, настроения, появлении влечения к интоксикации.

Чаще всего курят гашиш – высушенное и спрессованное вещество, выступающее на поверхности цветущих верхушек женских особей конопли, больше всего его в индийской конопле, но содержится и в других видах, в стеблях и листьях. В Европе больше распространена марихуана – высушенные и измельченные листья конопли. Картина опьянения. Первое в жизни курение гашиша обычно никаких ощущений не вызывает. Чтобы испытать удовольствие, надо покурить 2–3 раза. Большая доза с пищей или алкоголем может вызвать тошноту, головную боль, стеснение в груди, затруднение дыхания.

Легкое опьянение развивается через 5-15 мин от начала курения. Проявляется эмоциональными перепадами – от безудержного веселья до страха и ужаса. Эмоции заразительны: в компании участники могут крушить и ломать все вокруг; возникает потребность двигаться и общаться. Они энергично жестикулируют, приплясывают, отбивают ритм руками и ногами. Безудержно говорливы, с жаром говорят о пустяках.

Отмечается ощущение обострения слуха – кажется, что улавливается каждый шелест и шорох. На самом деле слуховой порог не снижается, а лишь искажается оценка расстояния. Если опьяневшие садятся за руль, то из-за неправильной оценки дистанций попадают в аварии. Ощущается необычная легкость тела, обнаруживается своеобразное сужение сознания, иногда появляется впечатление, что они сами себя видят со стороны.

Опьянение длится до нескольких часов, при протрезвлении появляется голод. Тяжелое психотическое опьянение бывает следствием передозировки или повышенной чувствительности, развивается онейроид: отрешенные от окружающего больные погружаются в мир грезоподобных фантазий или заново переживают прежние эмоционально насыщенные события. Длительность острых интоксикационных психозов, вызванных гашишем, от нескольких часов до нескольких дней.

Первая стадия характеризуется психической зависимостью и проявляется возникновением потребности курить по 2–3 раза в день. Курят в одиночку и настойчиво ищут, где бы раздобыть гашиш. При вынужденном перерыве картина абстиненции бывает стертой: раздраженное настроение, головная боль, неприятные ощущения в области сердца – все это немедленно исчезает после курения гашиша.

Вторая стадия развивается при регулярном курении гашиша. Характеризуется изменением картины опьянения и признаками физической зависимости. При курении более слабой марихуаны физическая зависимость не проявляется. Без нее утрачивается всякая работоспособность. После курения больные становятся активными, живыми, собранными, общительными, курить приходится по несколько раз в день.

При физической зависимости перерыв в курении вызывает выраженный абстинентный синдром, длящийся около недели. Тяжелая депрессия сочетается с крайне неприятными ощущениями в разных частях тела, сжимающими болями в области головы и сердца, тошнотой, спазмами в животе.

Позднее астения сменяется злобно-тоскливым настроением. Нарастает истощение, у мужчин наступает импотенция, у женщин – аменорея. Имеются данные об угнетении иммунных реакций.

Галлюциногены (психоделики, психотомиметики) - не вполне удачное обозначение сборной группы из свыше 100 природных и синтетических препаратов. Общепринятой классификации галлюциногенов не существует. Наиболее известные из природных – псилоцибин, получаемый из грибов, и мескалин, производимый из определенного типа кактуса; из синтетических – диэтиламид лизергиновой кислоты (LSD), дипропилтриптамин (DPT) и 3,4-метилendioксиметамфетамин (MDMA, также известный как Ecstasy).

Галлюциногены вмешиваются в метаболизм катехоламинов, допамина, ацетилхолина, серотонина и ГАМК, вызывая растормаживание деятельности затылочных областей мозга и лимбических структур. Галлюциногены обычно едят, высасывают из бумаги (закладывают за щеку) или курят.

В самой малой дозе характерным эффектом является расширение зрачков (мидриаз) с фотофобией, кроме того анизокория (неравномерность зрачков); ритмическое расширение и сужение зрачков, иногда в такт дыханию; гиперрефлексия, часто до спонтанного клонуса, спазм мышц челюсти. Часто ощущение жара и повышение температуры тела, потливость, слезотечение; умеренная тахикардия, повышенное АД, чувство голода одновременно с тошнотой, бессвязная речь, слюнотечение. Длительность соматических расстройств после одной дозы приблизительно 6 часов; а длительность психических нарушений – 6-12 часов.

Со стороны психики наблюдаются очень сильные нарушения зрительного восприятия. Самый характерный признак – ощущение изменения яркости освещения. При

больших дозах – визуальные галлюцинации в виде ореола, сияния, радуги или движущихся потоков разного цвета. Галлюцинации носят калейдоскопический характер. При дальнейшем нарастании доз возникают конкретные истинные зрительные галлюцинации, часто устрашающего характера. Часты парестезии, нарушения тактильной чувствительности, размеров, перспективы и дистанции – психосенсорные расстройства, а также расстройства «схемы тела», деперсонализация, дереализация. Нарушается ощущение времени, возникает ощущение полета мыслей.

При повторных ежедневных дозах препарата эффект снижается, т.е. развивается толерантность. Физическая зависимость не возникает, синдрома отмены нет. Психическая зависимость обычно выражена в средней степени, в некоторых случаях может быть достаточно интенсивной. Для наркоманов, употребляющих галлюциногены, характерно возникновение повторных периодов ощущений, характерных для периода интоксикации (без приема наркотиков), которые обычно нерезко выражены и проявляются нарушением ощущения времени и гипнагогическими галлюцинациями.

Наиболее типичным осложнением является «скверное путешествие» (bad trip), сходное с панической реакцией при интоксикации каннабиоидами, обычно сопровождающееся психотическими симптомами с длительностью до нескольких недель и дольше. Оно возникает у каждого четвертого пользователя.

В ряде случаев галлюциногены провоцируют эндогенные психозы. Наркоманы, находящиеся в состоянии острой интоксикации галлюциногенами, в связи с выраженным возбуждением, нарушенным мышлением, галлюцинациями, бредом и, иногда, паническим страхом могут совершать различные неадекватные поступки и тяжелые правонарушения.

При лечении острой интоксикации обычно бывает достаточно эмоциональной поддержки, ободрения. При выраженной тревоге назначают анксиолитики, иногда – бутирофеноны (фенотиазин следует избегать, т.к. они могут потенцировать антихолинэргический эффект).

Поскольку, каждый вид наркозависимости имеет свои особенности (клинические проявления, развитие, симптоматика), то и лечение каждого наркозависимого имеет свою специфику, в зависимости от вида наркотика, стажа и дозировки злоупотребления, наличия сопутствующих заболеваний и психофизических нарушений. Независимо от специфики и вида наркологического заболевания, в современной наркологии существуют ряд общих принципов терапинаркозависимых, которыми руководствуются врачи при оказании наркологической помощи больным при наркомании.

Эти принципы основаны на проявлениях большого наркоманического синдрома, состоящего из общих для всех видов наркоманий симптоматике, а именно:

- 1) Изменения толерантности и клинической картины опьянения;
- 2) Формирование физической зависимости и абстинентного синдрома;
- 3) Развитие компульсивного (патологического, болезненного) влечения к наркотизации;
- 4) Возникновения психоэмоциональных нарушений;
- 5) Совокупности расстройств соматоневрологического профиля: расстройство сна, изменение личностных качеств, проблемы трудовой и семейной адаптации.

Общими принципами организации медицинской помощи больным с наркозависимостью являются:

- 1) Лечение в условиях специализированного стационарного учреждения наркологического или психиатрического профиля;
- 2) Одномоментный и полный отказ от приема психоактивных веществ (за исключением тяжелого соматического состояния пациента, а также фенотропиловой зависимости).

К основным принципам эффективности терапевтического процесса относят:

- 1) Осознанное согласие больного на лечение;

2) Максимальная индивидуализация (с учетом конституционно-личностных особенностей, анализ микросоциальных условий, учета стадии, тяжести процесса, темпа и степени прогрессивности заболевания);

3) Комплексность подхода к лечению (с одномоментным воздействием на биологическую, психологическую и социальную составляющую наркозависимости).

4) В зависимости от обстоятельств (вида или стажа злоупотребления, лечебного этапа), терапия наркозависимости предусматривает, как отдельное так и комплексное проведение различных по содержанию медицинских мероприятий.

Лечение наркозависимости может осуществляться в виде:

– Неотложной наркологической помощи и интенсивной детоксикации при передозировке, острых отравлениях наркотиками;

– Снятия абстинентных состояний, ломки наркомана, терапию физической зависимости от наркотического вещества;

– Детоксикации организма при систематическом отравлении наркотическими или другими токсинами;

– Терапии психосоматических нарушений, вызванных длительной наркотизацией;

– Предотвращения развития патологического влечения (тяги) к психоактивным веществам, непосредственное устранение наркозависимости;

– Реабилитации наркозависимых, поддержания ремиссии и профилактики срывов.

Однако, эффективность терапии наркозависимых напрямую зависит от соблюдения строгой последовательности основных терапевтических этапов применения определенных методов лечения наркомании:

1) Госпитализация, прекращение приема наркотических веществ;

2) Детоксикация (дезинтоксикация, очистка) организма от наркотиков;

3) Преодоление абстинентного синдрома;

4) Постдетоксикационная терапия. Активное психофизическое восстановление;

5) Антинаркотическая (антирецидивная) терапия;

6) Реабилитация и социальная адаптация наркозависимых.

Антирецидивная терапия — это строго определенная обязательная совокупность активных терапевтических мер воздействия на главное клиническое проявление синдрома наркозависимости — болезненной тяги к наркотикам: подавление, выработка отвращения и сенсibilизация. Это достаточно сложный процесс, так как болезненное (не редко интенсивное) психологическое влечение к наркотизации осложнено выраженными депрессивными расстройствами. На этом этапе усилия врачей, кроме борьбы с влечением и предотвращением срывов, направлены также на устранение повторных проявлений абстинентного синдрома и аффективных расстройств. И, если борьба с постабстинентными проявлениями осуществляется такими же методами, что и на первом этапе лечения, то антирецидивные мероприятия осуществляются как с помощью медикаментов (опиоидных антагонистов), так и с помощью некоторых психотерапевтических и физиотерапевтических мероприятий.

Особая роль в лечении наркозависимых принадлежит психотерапевтическому воздействию, что предусматривает систематическое проведение сеансов психотерапии, без которой лечение пациентов этой группы заболеваний не эффективно, а в большинстве случаев невозможно.

В системе индивидуальной и групповой психотерапии при лечении наркомании используется:

- суггестивная терапия;
- нейролингвистическое программирование;
- гипнотерапия;
- эмоционально-стрессовая терапия;
- поведенческая терапия.

Особую популярность среди современных психотерапевтических методов лечения наркомании приобрела предложенная М.Эриксоном методика суггестивной терапии, основана на введении в транс с помощью терапевтических метафор и специальных психологических приемов, обеспечивающих «присоединение терапевта к больному и обратную связь».

На основе этих же принципов основана методика нейролингвистического программирования (НЛП). НЛП — это особый вид психотерапевтического воздействия, принцип действия которого основан на обеспечении доступа пациента к скрытым способностям, попытке извлечь эти ресурсы из подсознания и научиться пользоваться ими на сознательном уровне. С помощью этой методики человек имеет возможность посредством слова программировать себя, а затем в любой момент изменять эти программы.

В отечественной наркологии большую популярность получил так называемый «метод кодирования», предложенный Александром Довженко. Методика рассчитана на большие группы больных наркологического профиля, основной принцип действия которой основан на традиционной суггестивной терапии, в сочетании с косвенным внушением.

Антирецидивная терапия при длительном лечении наркомании хорошо сочетается с поведенческой терапией, которая основана на принципах теории обучения, предполагающих, что различные типы поведения и сопутствующие им признаки возникают как следствие естественной реакции человека на внешние условия. Широко применяются также:

- *Некоторые виды социально-психологического тренинга:*

когнитивная психотерапия;

психоанализ;

психосинтез;

позитивная психотерапия.

- *Различные виды групповой психотерапии:*

группы тренинга;

встречи;

гештальт-терапия;

психодрама;

поведенческая психотерапия;

транзакционный анализ.

Основная задача психотерапевтических мероприятий на втором этапе лечения наркомании заключается в изменении отношения больного к употреблению наркотических средств, преодолению чувства неуверенности в возможности нормальной жизни без наркотиков. Это особенно актуально для тех наркозависимых, которые имеют уже опыт неудачного лечения в диспансерах или других наркологических стационарах.

Наркомания так трудно поддается лечению еще и потому, что основные ее симптомы психологические. Физическую зависимость снять не сложно, с психологической составляющей болезни работать намного сложнее, так как болезнь проявляет себя, прежде всего, в тяге (настойчивом желании употребить вещество), в стремлении переложить ответственность за свое употребление на окружающих, и в самых изысканных манипуляциях, на это направленных.

Джойс МакДугалл (2002) полагает, что наркоман бросает тройной вызов: 1) нарциссический вызов наркотику как материнскому интроекту (теперь ты никогда не сможешь бросить меня!); 2) садистический вызов отцовскому интроекту (я плюю на твое отношение ко мне!); 3) нарциссический вызов смерти (тебя нет для меня!), который затем сменяется на мазохистский (приди!).

Наркоманы используют анальгетики и опиаты для ослабления агрессивных импульсов; депрессанты – для смягчения гипертрофированных ригидных защит, держащих их в состоянии внутренней изоляции, пустоты и холодности. Барбитураты избавляют от

чувств страха, гнева, стыда, неудовлетворенности, неполноценности; они помогают преодолеть чувство одиночества, пробуждают стремление к симбиотической связи с заботливой сильной личностью. Эйфоризирующие ПАВ облегчают переживания скуки и подавленности; стимуляторы избавляют от вялости, апатии или гиперактивности, которые являются проявлениями слабых или раздутых структур Эго-идеала у депрессивных и нарциссических личностей. Амфетамины устраняют чувство пустоты и отсутствия радости жизни, снимая внутреннее напряжение и создавая ощущение активного и агрессивного овладения миром. Кокаин растормаживает сексуальные и агрессивные влечения, облегчая наркоману контакт с основными слоями своей личности, без чего он не чувствует себя реально живым. Галлюциногены приводят к разрушению высших психических функций, избавляя наркомана от ощущений пустоты, отсутствия смысла и неудовольствия, связанных с наличием этих функций. На смену приходят архаические фантазии с иллюзией примитивной грандиозной Самости и слияния с Великой Матерью.

У наркоманов выявляются такие черты образа Я, как неверие в себя, низкая самооценка, чувства неполноценности и вины, склонность прибегать к психологическим защитами. Основными формами их психологической защиты являются отрицание, регрессия и компенсация. Отрицается внутренняя важность переживания, в частности депрессивных чувств. С помощью регрессии к более раннему уровню психического функционирования наркоман пытается избежать актуальной тревоги, становясь беззащитным перед тревогой, свойственной той стадии, к которой он регрессировал. С помощью компенсации избегает тревоги, связанной с нерешенными проблемами, направляя свою активность в более безопасное русло. Следует отметить контраст между низкой самооценкой наркомана и высоким уровнем его притязаний.

Наркоман постоянно жалуется на недовольство, внутреннее напряжение, ненависть к себе, подавленность, неспособность любить, нежелание жить. Вследствие патологии развития Эго и Суперэго, а также недостаточной аутоагрессивной работы печали, настоящая депрессия у наркоманов не развивается. Их агрессия направляется на других людей, общество в целом. Наркоманы относятся к миру хуже, чем алкоголики. Если последние, пытаясь справиться с депрессивной скукой, с одержимостью набрасываются на работу, наркоманы отвергают любую форму упорной, продолжительной деятельности.

Для наркоманов характерно более сильное, чем у алкоголиков, садистическое воздействие примитивного Суперэго еще в преморбиде, ведущее к агрессивному поведению, особенно с родителями и другими авторитетами. От этих конфликтов страдают, прежде всего, сами наркоманы. Садистическое влияние Суперэго проявляется также в постоянных несчастных случаях и наносимых себе увечьях. Подобное поведение связывают с контрфобической защитой, которая призвана доказать наркоману его неуязвимость перед лицом добровольно драматизированных ситуаций, символизирующих смертельную опасность.

Фенихель (2004) заключает, что аддикты действуют так, как если бы любое напряжение грозило им тяжелой травмой. Они воспринимают это напряжение как предвестника явной угрозы существованию, так же, как младенец воспринимает чувство голода. Поэтому их основной целью становится не достижение удовольствия, а избегание напряжения и боли.

В 1933 г. в своей следующей работе «Психоанализ фармакотимии» Радо вводит понятие психотимии, обозначая им болезнь, заключающуюся в сильной тяге к химическим веществам. Он описывает напряженную депрессию в сочетании с нетерпимостью к боли как реакцию на фрустрацию. При этом химические вещества вызывают бурную радость, замещающую сексуальный оргазм. В объектах любви больше нет никакой необходимости, и аддикт чувствует себя неуязвимым, поскольку с ним (с ней) больше ничего не может случиться. Однако затем наступает фармакотимический кризис, у которого есть три возможных исхода: 1) суицид, при котором пациент считает, его счастье состоит в

окончательном уходе из реальности; 2) бегство во временную ремиссию и 3) вхождение в состояние психоза, в иллюзорную реальность.

Кохут (2003) отмечает, что наркотик служит не заменителем любимых и любящих объектов или отношений с ними, а замещением дефекта Самости наркомана. Этот дефект возник по причине того, что ребенок слишком рано почувствовал, что не может полностью контролировать мать в соответствии со своими потребностями: как если бы она являлась частью его самого.

Ханзян (2000) объясняет компульсивную готовность наркомана терпеть любые муки, связанные с потреблением ПАВ, ради того, чтобы хотя бы на время избавиться от своей глубинной психической боли.

Вермсер (2000) в качестве основных защит, наблюдающихся при наркомании, выделяет отрицание и изоляцию аффекта, превращение пассивной позиции в активную, с отыгрыванием вовне. Следствием отрицания становится расщепление и нарушение преемственности Эго, что приводит к разорванности чувства Я и общей неустойчивости.

Люрссен пишет: «Словно младенец, наркоман реагирует смесью из отвергающей ярости и одновременно стремления к абсолютной защищенности. При этом невыносимое напряжение переживается с детским чувством того, что окружающие обязаны предоставить ему облегчение и защитить. Когда эта помощь не приходит, а детские чрезмерные притязания не удовлетворены, наркоман чувствует себя обманутым в своих элементарных потребностях. Окружение воспринимается как жестокое, бессердечное и враждебное, и годится любое средство, лишь бы облегчить это отчаянное положение. Поэтому наркоман полагает также, что не несет никаких обязательств перед обществом, которое не сумело ему помочь. Вместо людей, в которых он разочаровался, наркоман возлагает все свои надежды на магически исцеляющее воздействие наркотика. Наркотик представляет для наркомана особый объект, на который сместилась и переполнила его либидинозная и агрессивная энергия. Подобно первичным объектам, он является одновременно притягательным и пугающим. Наркоман то стремится к наркотику, то проклинает его, никогда не достигая полностью интегрированного его образа».

Рекомендуемая литература:

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : практ. пособие / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколодов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-09624-8. — Режим доступа : www.biblionline.ru/book/670D737D-92C8-4A98-B1EE-7C3378680D53.

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : учебное пособие для вузов / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколодов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Авторский учебник). — ISBN 978-5-534-08745-1. — Режим доступа : www.biblionline.ru/book/429C2B2D-A09B-4522-9B77-D791D4624527.

Карпец В.В. Система мотивации больных наркологического профиля на процесс реабилитации [Электронный ресурс] : методические рекомендации для клинических психологов, психиатров-наркологов, психотерапевтов / В.В. Карпец, Г.И. Дереча. — Электрон. текстовые данные. — Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. — 31 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21868.htm>

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала. Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таким образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

Практические занятия

Тема 1. Введение в наркологию. История развития наркологии.

1. Предмет и задачи наркологии.
2. Организация наркологической помощи: общие аспекты.
3. Особенности исследования и методы диагностики наркологических заболеваний.
4. Виды экспертиз.
5. Правовые основы антинаркотической политики.
6. Понятие о психоактивных веществах (ПАВ) и их классификация.
7. Этиопатогенез болезни зависимости.

Рекомендуемая литература:

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : практ. пособие / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-09624-8. — Режим доступа : www.biblionline.ru/book/670D737D-92C8-4A98-B1EE-7C3378680D53.

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : учебное пособие для вузов / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Авторский учебник). — ISBN 978-5-534-08745-1. — Режим доступа : www.biblionline.ru/book/429C2B2D-A09B-4522-9B77-D791D4624527.

Карпец В.В. Система мотивации больных наркологического профиля на процесс реабилитации [Электронный ресурс] : методические рекомендации для клинических психологов, психиатров-наркологов, психотерапевтов / В.В. Карпец, Г.И. Дереча. — Электрон. текстовые данные. — Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. — 31 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21868.htm>

Тема 2. Социальные и медицинские источники алкоголизма.

1. Этиология и патогенез алкоголизма. Клиническая картина и течение алкоголизма. Стадии алкоголизма.
2. Ранний и подростковый алкоголизм.
3. Алкоголизм в пожилом возрасте.
4. Алкоголизм у женщин.
5. Осложнения алкоголизма.
6. Алкогольные психозы. Классификация. Клинические формы и течение.
7. Делирии. Энцефалопатии. Галлюцинозы. Бредовые психозы. Патологическое опьянение.
8. Алкогольный синдром плода: медицинские последствия.
9. Лечение и реабилитация больных алкоголизмом: общие положения.
10. Условно-рефлекторная терапия. Сенсibiliзирующая терапия. Лечение психотропными препаратами. Психотерапия. Поддерживающая терапия.
11. Фармакологическая реабилитация больных алкоголизмом.
12. Профилактика алкоголизма.

Рекомендуемая литература:

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : практ. пособие / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-09624-8. — Режим доступа : www.biblionline.ru/book/670D737D-92C8-4A98-B1EE-7C3378680D53.

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : учебное пособие для вузов / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Авторский учебник). — ISBN 978-5-534-08745-1. — Режим доступа : www.biblionline.ru/book/429C2B2D-A09B-4522-9B77-D791D4624527.

Карпец В.В. Система мотивации больных наркологического профиля на процесс реабилитации [Электронный ресурс] : методические рекомендации для клинических психологов, психиатров-наркологов, психотерапевтов / В.В. Карпец, Г.И. Дереча. — Электрон. текстовые данные. — Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. — 31 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21868.htm>

Тема 3. Развитие наркоманий и токсикоманий.

1. Клинико-физиологические основы наркоманий.
2. Классификация наркотиков. Опийные наркотики и наркомания. Кокаин и кокаиновая наркомания. Марихуана и ее производные. Галлюциногены: ЛСД, Амфетамин и его производные: МДА и МДМА. Барбитуромания. Эфедроновая и первитиновая наркомания.
3. Токсикомании.
4. Анаболики их эффекты, привыкание к ним, осложнения.
5. Лечение наркоманий.
6. Профилактика наркоманий.
7. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ и их лечение.

Рекомендуемая литература:

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : практ. пособие / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Профессиональная практика). — ISBN 978-5-534-09624-8. — Режим доступа : www.biblio-online.ru/book/670D737D-92C8-4A98-B1EE-7C3378680D53.

Малкова, Е. Е. Психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых : учебное пособие для вузов / Е. Е. Малкова, В. В. Белоколов. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 113 с. — (Серия : Авторский учебник). — ISBN 978-5-534-08745-1. — Режим доступа : www.biblio-online.ru/book/429C2B2D-A09B-4522-9B77-D791D4624527.

Карпец В.В. Система мотивации больных наркологического профиля на процесс реабилитации [Электронный ресурс] : методические рекомендации для клинических психологов, психиатров-наркологов, психотерапевтов / В.В. Карпец, Г.И. Дереча. — Электрон. текстовые данные. — Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2008. — 31 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21868.htm>

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

Работа с литературой

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой по всем формам занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения. При изучении дисциплины «Наркология» важным вариантом кодирования информации является составление схем и таблиц.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословной записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе основную идею (идеи) прочитанного текста. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и фактологические сведения.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме

излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя задания для самостоятельной работы.

Задания для самостоятельной работы:

1. Подготовка материала по теме «Введение в наркологию. История развития наркологии»:

1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции.

2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.

3) Письменная работа «Этапы становления наркологии».

2. Подготовка материала по теме «Социальные и медицинские источники алкоголизма»:

1) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.

2) Подготовка презентации по одному из вопросов практического занятия

3. Подготовка материала по теме «Развитие наркоманий и токсикоманий»:

1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции.

2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.

3) Подготовка презентации по одному из вопросов практического занятия

Выполнение заданий, полученных в ходе лекции, является одним из важных направлений самостоятельной работы студентов при изучении дисциплины «Наркология». Совокупность заданий по каждой теме направлена на дополнение конспекта лекции, уточнение понятий, составление схем, описание отдельных симптомов

в составе синдромов и т.д. Конкретный состав заданий определяется количеством аудиторных часов и часов для самостоятельной работы, предусмотренных для изучения темы. Общим для всех заданий является их малый объем и направленность на дополнение конспекта лекции. Выполняются задания, как правило, в лекционных тетрадах.