

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт
Кафедра «Психиатрия и наркология»

Утверждено на заседании кафедры
«Психиатрия и наркология»
«25» января 2022 г., протокол № 6

Заведующий кафедрой

_____ Д.М. Иващенко

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
к самостоятельной работе
по дисциплине (модулю)
«Психиатрия, медицинская психология»**

**основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы специалитета**

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

с направленностью (профилем)
Лечебное дело

Форма обучения: очная

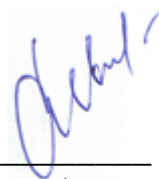
Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-22

Тула 2022 год

Разработчик методических указаний

Ивашиненко Д.М., зав. каф. ПиН, к.м.н., доцент

(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)



(подпись)

Наркомания.

1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ В НАРКОЛОГИИ. КЛАССИФИКАЦИИ.

Основные понятия в отечественной наркологии определяются Федеральным Законом РФ "О наркотических средствах и психотропных веществах." от 08.01.1998г. №3 ФЗ,

Международной классификацией болезней десятого пересмотра, принятой к упот-реблению в нашей стране с января 1998 года, а также достаточно устойчивыми традициями и стереотипами российской наркологии.

МКБ-10 Классификация психических и поведенческих расстройств

определяет следующие клинические категории.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ, (в классификации термины "заболевание", "болезнь" заменены на вызывающий меньше затруднений "расстройство", под которым подразумевают клинически определенную группу симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личному функционированию.

В зависимости от вида употребляемого вещества выделяют:

- Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя.
- Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.
- Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов.
- Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ.
- Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина.
- Психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин.
- Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов.
- Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака.
- Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей.
- Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ.

Идентификация употребляемых психоактивных веществ может быть сделана на основе заявления самого пациента, объективного анализа мочи, крови и

т.д. или других данных (наличие у пациента наркотиков, клинические признаки и симптомы, сообщения информированных третьих источников).

Под психоактивным веществом понимают любое химическое вещество, способное при однократном приеме изменять настроение, физическое состояние, самоощущение, восприятие окружающего, поведение, а при систематическом приеме вызывать психическую и (не всегда) физическую зависимость.

В тоже время, согласно закону "О наркотических средствах..."

Наркомания - заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического или психотропного вещества, включенных в Перечень наркотических и психотропных веществ.

Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (далее - Перечень) утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации "Об утверждении Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации" №681 от 30 июня 1998 года, (прекурсоры - предшественники).

В нашей стране существуют четкие критерии отнесения психоактивного вещества к классу наркотических:

1. Способен изменять психическое состояние, оказывая специфическое фармакологическое действие (седативное, стимулирующее, галлюциногенное и т.д.) - медицинский критерий.
2. Немедицинское потребление вещества имеет большие масштабы, последствия его приобретают социальную значимость - социальный критерий.
3. В установленном порядке признано наркотическим, включено МЗ РФ в список наркотических веществ - юридический критерий.

Традиционно в нашей стране зависимость от психоактивных веществ не включенных в Перечень называют токсикомания. Также выделяют как отдельную нозологию зависимость от алкоголя - алкоголизм. Понятно, что подобное деление исключительно формальное и основывается в основном на юридическом критерии - включено или не включено вещество в Перечень. Эти вещества обладают всеми психотропными свойствами наркотиков и имеют общие с ними закономерности формирования зависимости. Более того, расстройства вследствие формирующийся зависимости от некоторых из этих веществ бывают даже более тяжелыми, чем при употреблении наркотиков. Однако считается, что социальная опасность злоупотребления ими пока не столь высока (алкоголизм?!). Отмечают также, что целый ряд психоактивных веществ, несмотря на большие масштабы злоупотребления ими не может быть включен в Перечень в связи с тем, что уголовное законодательство РФ предусматривает уголовную ответственность за незаконное приобретение, хранение, изготовление, переработку, перевоз, пересылку, сбыт веществ включенных в Перечень. Подобные ограничительные меры невозможны в отношении алкоголя, табака, средств бытовой химии.

Понимание нерациональности с медицинской и патофизиологической точки зрения подобного деления побудило И.Н.Пятницкую в своем руководстве по наркологии (пожалуй наиболее авторитетном и современном отечественном руководстве) определить наркотик, как вещество опьяняющего, одурманивающего действия, способное вызывать состояние болезни - наркоманию. Таким образом, сюда относится и алкоголь.

В том же руководстве вещества, вызывающие зависимость по механизму действия делятся на три большие группы.

1. Седативные вещества и препараты имеют своим основным действием успокоение, сонливость. К ним относятся препараты опия, снотворные, транквили-заторы, средства для обезболивания и наркоза, алкоголь.

2. Стимулирующие вещества и препараты оказывают возбуждающее действие, к ним относят препараты амфетаминовой группы, кокаина, эфедрина, кофеин.

3. Психодизлептические вещества и препараты вызывают дезорганизацию психической деятельности в сочетании с психотической симптоматикой. Синонимы - галлюциногены, психотомиметики, психоделические средства. К ним относят каннабиноиды, мескалин, псилоцибин, препараты лизергиновой кислоты (LSD), фенциклидин.

Общим для всех трех групп является способность вызывать эйфорию, менять психическое состояние и, самое важное, вызывать зависимость.

Далее, в основном, будут использованы положения предложенные И.Н.Пятницкой.

В МКБ-10 злоупотребление веществами не вызывающими зависимость (например, не вызывающие зависимости психотропные препараты - антидепрессанты, анаболические стероиды, слабительные, анальгетики, и т.п.) выделяют в отдельную диагностическую категорию - Злоупотребление веществами не вызывающими зависимости. Попытки отговорить от приема вещества или запретить его употребление

часто встречает сопротивление, даже при наличии соматических осложнений. При этом несмотря на то, что больной имеет сильную мотивацию к приему этих препаратов зависимость или симптомы абстиненции не развиваются.

2. СИНДРОМЫ В КЛИНИКЕ НАРКОМАНИИ.

Для констатации диагноза зависимости (наркомания) необходимо наличие одного следующих признаков.

1. Синдром измененной реактивности:

- Изменение формы потребления.
- Увеличение толерантности.
- Исчезновение защитных реакций при передозировке
- Изменение формы опьянения.

2. Синдром психической зависимости:

- Психическое влечение к наркотику.
- Способность достижения психического комфорта в интоксикации.

3. Синдром физической зависимости:

- Физическое (компульсивное) влечение к наркотику.
- Способность достижения физического комфорта в интоксикации.
- Абстинентный синдром.

СИНДРОМ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ.

Исчезновение защитных реакций.

Наиболее яркое проявление данного явления описано в клинике алкоголизма -исчезновение рвотного рефлекса, и, менее яркие, конкуренция влечения к алкоголю с пищевым влечением, нарушения сна на фоне алкоголизации.

По аналогии с алкоголизмом описываются симптом угнетения защитных реакций при опиолизме (прекращение кожного зуда в ответ на введение наркотика).

Изменение формы потребления.

Сюда относят становление определенного индивидуального ритма наркотизации. Систематический прием в том же ритме у здорового человека вызывает определенный дискомфорт и в тоже время вполне приемлем для наркомана, что говорит об изменении реактивности организма в ответ на интоксикацию. Этот симптом опять же особенно заметен при употреблении алкоголя, высокая наркогенность опиатов, от которых в течение 2-3 недель формируется психическая зависимость мешает установлению этого симптома в клинике опиоизма. Примером могут служить ситуации, в которых здоровый человек вынужден употреблять спиртное в течение нескольких дней. Это ведет к плохому самочувствию необходимому отказу от дальнейшей алкоголизации. Для алкоголика подобный ритм употребления приемлем и не вызывает особого дискомфорта (если не сопровождался передозировкой над уровнем уже поднявшейся толерантности).

Иногда систематический прием может прерываться, обычно это происходит в начале заболевания. Но по мере развития других признаков заболевания, по мере вовлечения других механизмов зависимости, наркотизация становится непрерывной. Систематичность наркотизации становится теперь вынужденной, под влиянием влечения или абстинентного синдрома (как, например, при опиолизме через несколько недель наркотизации). При некоторых формах наркотизма употребление приобретает циклический характер (алкоголизм - запои, употребление стимуляторов - binding, "загул", "кутеж" - при приеме амфетаминов, кокаина; эфедрина). Это связано с особенностями компульсивного влечения при употреблении психостимуляторов и алкоголя.

Изменение толерантности.

Толерантность - сниженная физиологическая или поведенческая реакция на повторное введение одного и того же количества вещества или необходимость увеличения дозы наркотика для достижения одинакового желаемого эффекта.

Увеличение толерантности при различных формах наркомании может достигать значительных величин, в 5-10 раз при барбитуратизме, 8-12 для седативных препаратов, в том числе и алкоголя, в 100-200 раз при опиизме.

Динамика изменения толерантности различна при различных формах злоупотребления. В течении первого года алкоголизма толерантность к спиртному может возрасти лишь в 3-4 раза, подобное увеличение переносимости при опиизме может формироваться за 2-4 недели, при употреблении стимуляторов за 1-2 недели. В дальнейшем в динамике наркомании может наблюдаться временная стабилизация толерантности на каком-то определенном уровне (при алкоголизме 0,8-1 литр водки, 0,15-0,2 грамма героина при опиизме, при барбитуратизме до 1 грамма). Далее возможен подъем к максимальным величинам толерантности (обычно вторая стадия заболевания). Затем через некоторое время толерантность снижается (третья стадия заболевания).

Изменение формы опьянения.

Первоначально действие наркотика - типичное, такое как описано в руководствах по фармакологии. В зависимости от преобладающего эффекта препарата или седативное, или стимулирующее, с соответствующим действием на вегетативную сферу. Но по мере становления зависимости, по мере становления синдрома измененной реактивности происходит изменение формы опьянения.

Прежде всего, исчезает сомато-вегетативный компонент действия наркотика. Стимуляторы прекращают вызывать тахикардию, опиаты не подавляют кашлевой центр, перистальтику кишечника, диурез. Потом происходят изменения в психическом компоненте наркотического опьянения.

Сначала изменяется интенсивность эйфории. Качество эйфории и фазы ее остаются неизменными. Однако для достижения прежней интенсивности нужно повышать дозу. Наконец, наступает такой этап в заболевании, на котором максимальная доза не дает прежней силы ощущений, а превышение этой дозы приводит к отравлению. На этом этапе не только недостижима бывшая острота ощущений — меняются качественно фазы эйфории. В апогее заболевания (II стадия) наркотик действует стимулирующе. 'Здесь, на этом этапе процесса «встречаются» все формы злоупотребления седативными, психоделическими и особенно стимулирующими препаратами. Далее степень возбуждения падает, и наркотик лишь нормализует (тонизирует); эйфорический эффект уже недоступен от привычного препарата (III стадия). Наркотик употребляется только для того, чтобы как-то жить (поесть, покурить, сходить в туалет и т.п.), и передвигаться. Тут часто возникает полинаркотизм: больные ищут средства, которые могут дать им прежние ощущения. Этап, когда наркотик стимулирует, совпадает с периодом максимальной толерантности (вторая стадия заболевания), а этап, когда наркотик лишь нормализует состояние, во времени совпадает с падением толерантности (третья стадия). На последнем этапе повышение доз и бессмысленно, если иметь в виду цель эйфоризации, и опасно, так как легко может вызвать передозировку. При злоупотреблении седативными

препаратами наиболее длительным, а потому чаще наблюдаемым этапом является тот, на котором седативный эффект не выражен и наркотик вызывает лишь стимуляцию. При алкоголизме можно видеть, как спиртное перестает вызывать благодушный аффект, мо-торную вялость, заторможенность. Алкоголик в состоянии опьянения активен, подвижен, возбудим. Подобное же исчезновение обычного действия наркотика можно видеть при барбитуратизме, опиизме.

СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ.

Проявляется в:

- Психическом влечении к наркотику.
- Синдроме достижения психического комфорта в интоксикации.

Синдром психической зависимости основной в клинике наркоманий.

Психическая зависимость проявляется в патологическом влечении к опьянению, с целью переживания субъективно приятных ощущений - эйфории.

Первым и основным звеном становления психической зависимости является видоизменение клинической картины опьянения наступающее после первого контакта с токсическим веществом и выражающееся формированием эйфории. С этого момента возникает желание вновь повторить это состояние, появляется психическое влечение. Наркоманы называют формирование эйфории "выловить кайф", а способность переживать эйфорию - "вылавливать" в связи с тем, что выраженная эйфория формируется не обязательно с момента первого употребления наркотика, для этого требуются повторно переживаемое состояние опьянения, возможно, под руководством более опытного наркомана.

Страдающие наркоманией описывают свои ощущения в выражениях подчеркивающих необычайную привлекательность состояния опьянения. При известной доле откровенности наркоманы говорят о необыкновенном наслаждении, невыразимом восторге, бесконечном счастье, утверждают, что ничего подобного они до употребления наркотиков не испытывали и что ничто не идет в сравнение с тем, что переживается в опьянении.

Для сравнения, в алкогольном опьянении эйфория менее выражена и не оставляет столь сильного впечатления. Тем большее значение приобретают обстоятельства сопутствующие опьянению: разнообразие спиртных напитков и вкусной пищи, развлечения, секс, атмосфера откровенности, располагающая к расслаблению и покою, занимательная беседа, музыка. В немалой степени это свойственно другим формам зависимости. Опьянение инициирует скорее не собственно эйфорию, оно лишь повышает готовность к ней, для чего требуется дополнительная стимуляция. Существенную роль в привлекательности опьянения играют также расторможенность, регресс мотивации и поведения приводящее в самовосприятие ощущения свободы, раскрепощенности, естественности побуждений и поступков. Пациенты склонны идентифицировать восприятие себя в опьянении с самовыражением, с раскрытием своей внутренней сущности, освобождением от чуждых

личностных сопротивлений, а также от опасения внешней агрессии, легкости в разрешении различных жизненных конфликтов.

Состояние психики в наркотическом опьянении называют эйфорией, т.е., как следует из названия, психическое расстройство ограничивают расстройством эмоций. Это неверно по существу, так как эмоциональные изменения важны, но это далеко не все психические изменения при опьянении.

Клинический анализ показывает, что эйфория складывается из ряда ощущений: тут не только подъем эмоционального фона, но и некие психические и соматические чувствования, за счет которых часто и достигается положительный эмоциональный сдвиг.

Каждому наркотику свойственна особая структура эйфории. Так, эйфория опийная складывается из ощущения соматического наслаждения и эмоционального фона покоя, блаженства. После стимулятора эйфория определяется в значительной мере интеллектуальным «просветлением» и интеллектуальным «подъемом»: ощущение радости как бы вторично, обусловлено изменением сферы мышления. Наслаждение, вызываемое ЛСД, также в большей степени интеллектуальное, нежели соматогенное. Вместе с тем эйфория при опьянении ЛСД, как и при опьянении от других психоделических препаратов, гашиша, истоком имеет расстройства восприятия в сочетании с расстройством сознания. Это особое состояние сознания мистического, фантастического содержания. Удовольствие от красочного восприятия — удовольствие интеллектуальное в большей мере, нежели чувственное, — акцентируется при опьянении от летучих наркотически действующих средств. Но здесь также важна роль гипоксии мозга, которой сопутствует подъем настроения. Наиболее проста структура барбитуровой и алкогольной эйфории — она, пожалуй, определяется собственно эмоциональным расстройством, а также структура эйфории после приема стимуляторов, преобладающее состояние в которой — ажитация, гиперреактивность, ощущение общего подъема жизнедеятельности.

Поэтому в эффекте каждого наркотика необходимо выделять не только характер изменений эмоций, к чему обязывает употребляющийся термин «эйфория», но также характер расстройств восприятия, изменения мышления и тип нарушения сознания.

Психическое влечение к наркотику.

Психическое влечение при сформировавшейся наркомании выражается в:

- Постоянных мыслях о наркотиках (больные героиновой наркоманией называют это явление "депрессия", "гонять за наркотики", "загоняться").
- Подъеме настроения, оживлении в предвкушении приема. Полный развал деятельности при не оправдавшихся ожиданиях - "симптом несостоявшейся выпивки".
- Подавленности, неудовлетворенности, раздражительности в ситуации отсутствия наркотика.
- У взрослых пациентов часто сопровождается борьбой мотивов - принимать или не принимать, особенно в ситуации, которая препятствует наркотизации (поэтому данный вид влечения условно называют обсессивным влечением).

- Психическое влечение определяет эмоциональный фон, настроение больного, в отличие от ниже излагаемого компульсивного влечения, которое определяет поведение больного

Не всегда возможно, что человек отдает себе отчет, что он хочет. Очень часто больной может передать только, что ему что-то не хватает, выражает состояние недовольства, неудовлетворенности, раздражительности ("депрессия"). Косвенно можно установить психическое влечение по оживлению больного при разговоре о наркотиках, о том как и что он в былое время принимал, преобладающей тематике разговоров. Влечение также определяется по тому, как неадекватно положительно оценивает больной все то, что связано с наркотизацией, и отрицательно то, что ей препятствует. Обсессивное влечение не выражено, если необходимый ритм наркотизации соблюдается без задержки, в этом случае возникающее влечение к наркотику тут же удовлетворяется. Оно может быть подавлено крупным конфликтом связанным с наркотиками (следствие, например), и в то же время конфликт в другой сфере наоборот обостряет влечение. При сильном увлечении чем-либо, когда больной находится в состоянии сильного эмоционального насыщения, влечение также уменьшается (религиозный экстаз в "Синаноне" - объединении наркоманов отказавшихся от употребления, связанных верой в бога, который может им помочь преодолеть болезненное пристрастие). Обостряется влечение при неприятных переживаниях, при встрече с людьми с которыми наркотизировался, при посещении мест распространения наркотиков ("точек") или мест употребления или изготовления наркотиков. Психическое влечение к наркотическому средству - самый первый и ключевой симптом при наркоманиях.

Психическое влечение наиболее трудно устранимый симптом при наркомании, который является частой причиной рецидивов заболевания. Психическое влечение неспецифично, оно может подавляться практически любыми средствами изменяющими сознание больного. Часто возможны смена формы наркотизма.

Способность достижения психического комфорта в интоксикации.

Генетически этот симптом связан с психическим влечением. Неудовлетворенное влечение приводит к состоянию недовольства. Со временем перерывы в приеме наркотика оказываются периодами психического дискомфорта. Постепенно наркотизирующийся начинает понимать, что только под действием наркотика его психическое самочувствие удовлетворительно.

Эта психическая комфортность отличается от того психического комфорта, и удовольствия, получаемого от опьянения, которое наблюдается у здорового. Здоровый человек получает удовольствие и достигает комфорта в различных ситуациях - наркоман только в состоянии опьянения.

С течением болезни этот симптом приобретает ряд изменений, что отличает его от собственно психического влечения. Наркоман способен к оптимальному функционированию только в состоянии опьянения. Можно привести такой пример. Клинические опыты показывают, что алкоголь

вызывает многообразные нарушения психических функций у здорового человека. И в то же время алкоголик в состоянии умеренного алкогольного опьянения показывает результаты исследования памяти, внимания, осмысления лучше, чем пьяный здоровый испытуемый и лучше, чем он сам в состоянии трезвости.

Таким образом, способность достижения психического комфорта в интоксикации означает не только уход от дискомфорта вызванного влечением, но и восстановление психических функций. Наркотик становится необходимым условием благополучного существования и функционирования. (Исключение - прием психоделических средств, всегда дезорганизирующих психику). При всех других наркоманиях наблюдается несобранность, неспособность, отвлекаемость до приема дозы и восстановление психических функций при достижении необходимого уровня интоксикации.

СИНДРОМ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ.

В отечественной психиатрии долгое время существовала точка зрения и принципы диагностики наркомании устанавливающие диагноз только при наличии полностью сформировавшегося абстинентного синдрома.

Абстинентный синдром.

Абстиненция (синдром отмены) - состояние лишения препарата, от которого сформирована зависимость, синдром физических и (или) психических нарушений, которые развиваются после резкого прекращения употребления наркотического вещества или фармакологического блокирования его действия.

Развивается не при всех формах наркоманий. Нет при употреблении психоделиков, кокаина. Абстинентный синдром - показатель сформировавшейся физической зависимости от наркотика. Сопровождается рядом клинических признаков со стороны сомато-вегетативной, неврологической и (или) психической сферы, которые различны для различных форм зависимости.

Физическое (компульсивное) влечение.

Выражается в неодолимом стремлении к наркотизации. Влечение достигает интенсивности витальных, и даже способно вытеснять другие витальные влечения (голод, жажду).

От психического отличается не только интенсивностью, но и способностью подавлять все содержания сознания в настоящий момент. Компульсивное влечение не только определяет умонастроение и эмоциональный фон, но и диктует поведение, подавляет и устраняет противоречащие мотивы и контроль. Все направлено на поиск наркотика и устранение препятствий на пути к нему.

Обычно сопровождается вегетативной симптоматикой (симпатотония).

Расширение зрачков, гипергидроз, сухость во рту, тремор.

От условий возникновения выделяют 3 вида компульсивного влечения.

- Возникающее вне интоксикации.

- Входящее в структуру абстинентного синдрома.
- Комппульсивное влечение возникающее в состоянии опьянения.

1. Комппульсивное влечение возникающее вне интоксикации.

Данный синдром формируется в клинике наркоманий до формирования четко очерченного абстинентного синдрома, поэтому его отличают от комппульсивного влечения входящего в структуру абстиненции. Особенно бесспорен временной разрыв между двумя этими синдромами при алкоголизме и гашишизме. При опиизме и барбитуратизме, когда абстинентный синдром формируется в достаточно короткие сроки - это не заметно. При употреблении некоторых психоделических средств абстинентный синдром вовсе не формируется (ЛСД) или формируется только частично (ЛНДВ, стимуляторы), в то время, как комппульсивное влечение достаточно интенсивно. Комппульсивное влечение в светлом промежутке несмотря на сопутствующую вегетативную симптоматику не может расцениваться как составляющая абстинентного синдрома, так как отсутствуют другие признаки абстиненции (мышечные боли, например, при опиизме).

В ремиссии возникающее комппульсивное влечение обязательно приводит к рецидиву или употреблению других наркотических средств (чаще алкоголя). При чужеродной наркотизации, по большей части, достигая оглушения сознания больной не испытывает удовлетворения, а физическое состояние продолжает оставаться дискомфортным. Это показывает, что комппульсивное влечение специфично, в отличие от обсессивного, которое удовлетворяется любым принятым наркотическим средством. Отмечают, правда, что если больной в состоянии ремиссии удовлетворяет обсессивное влечение чужеродным наркотиком, то если не происходит смены формы зависимости - обсессивное влечение сменяется комппульсивным. Комппульсивное влечение - неодолимо требует удовлетворения - наступает рецидив.

Ремиссии и рецидивы, с точки зрения динамики обсессивного и комппульсивного влечений, достаточно стереотипны.

2. Комппульсивное влечение в состоянии абстиненции.

Входит в структуру абстинентного синдрома, сочетается с психическим напряжением, возбуждением. Является показателем острой потребности, физической необходимости в наркотике. Обычно первый признак синдрома отмены.

3. Комппульсивное влечение в состоянии интоксикации

Это влечение возникает в состоянии интоксикации, когда на некотором уровне опьянения появляется неодолимое стремление "добавить", "догнаться". Это явление свойственно для наркоманий, при которых интоксикация сопровождается оглушением сознания. Особенно нагляден этот симптом в клинике алкоголизма - и описан как "симптом утраты количественного контроля", "симптом первой рюмки". "Сколько водки не бери все равно бежать придется.". Проявляется также в клинике гашишизма и барбитуратизма. Комппульсивное влечение проявляется вначале при определенных условиях - при достаточном уровне интоксикации., который

индивидуально различается и снижается по мере развития болезни. Алкоголик обычно знает, что если он превысит дозу (допустим 0,5 литров), дальше остановиться он уже не сможет даже если первоначально влечение было умеренным. С течением времени он теряет контроль за выпиваемым от все меньших и меньших доз, что часто приводит к чрезмерному употреблению, которым заканчивается практически каждая выпивка, а иногда может приводить к отравлениям со смертельным исходом. И хотя побывав в терминальном состоянии больной знает свой потолок чрезмерной интоксикации, такие явления могут повторяться вновь и вновь.

С меньшей частотой такие случаи встречаются при употреблении психоделических средств. Никогда не встречается при опиизме - героиновый наркоман никогда не добавляет, даже если у него избыток наркотика. Он всегда ждет окончания всех фаз действия наркотика. Избыток препарата позволяет ему лишь учащать прием, но не увеличивать свою дозу сверх достаточной. В тоже время компульсивное влечение на фоне интоксикации наблюдается при употреблении психостимуляторов, особенно при внутривенном введении препарата (эфедрин, амфетамин). Больные вводят следующую дозу препарата не дожидаясь спада действия первой, спустя 20-30 минут. К исход}' 2-3х часов они оказываются в состоянии полного психического и физического изнеможения, влечение к наркотику исчезает. При этом они на фоне слабости ощущают тахикардию, аритмию, страх, тревогу ("отходняк"). Для обрыва такого состояния, опасаясь, что проснувшееся влечение и новый цикл употребления убьет их, они принимают большую дозу седативного препарата (алкоголь).

Можно отметить, что утрата количественного контроля появляется ранее других видов компульсивного влечения и формирования абстинентного синдрома поэтому может быть расценено, как проявление психической зависимости.

Способность достижения физического комфорта в интоксикации.

Выделяется по аналогии с симптомом достижения психического комфорта в интоксикации. Считается, что появляется одновременно с появлением компульсивного влечения в светлом промежутке. Больной убеждается что его физическое самочувствие улучшается только при интоксикации. Вне интоксикации больной несобран, с трудом работает, Самочувствие в целом отвратительное. Мысли разбегаются. Имеется влечение. Приняв какую-то индивидуально необходимую дозу, наркоман испытывает психический и физический комфорт. Эта доза необходимая (для удовлетворения потребности), но еще не достаточная для ощущения эйфории. Специальными исследованиями среди больных алкоголизмом показаны результаты улучшения не только психических, но и сомато-вегетативных показателей в опьянении.

3. МКБ-10. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЗАВИСИМОСТИ.

Зависимость - как общий термин означает состояние необходимости или потребности в чем-то или ком-то для поддержания либо функционирования

или выживания. Применительно к психоактивным веществам зависимость (наркотическая зависимость, возможны синонимы: лекарственная, химическая зависимость) подразумевает необходимость повторных приемов психоактивного вещества для обеспечения хорошего самочувствия или для избежания плохого самочувствия.

В МКБ-10 выделяют следующие диагностические категории соответствующие описанной клинике наркомании.

- Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. Синдром зависимости.

Сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество (которое может быть или не быть предписано врачом), алкоголь или табак. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости.

Диагностические указания:

Диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии 3 или более нижеперечисленных признаков, возникавших в течение определенного времени в прошлом году;

а) Сильная потребность или необходимость принять вещество.

б) Нарушение способности контролировать прием вещества, т.е. начало употребления, окончание или дозировки употребляемых веществ.

в) Физиологическое состояние отмены (см. ниже), при котором прием вещества прекращается или уменьшается, о чем свидетельствуют; характерный для вещества синдром отмены или использование того же или сходного вещества для облегчения или предотвращения симптомов отмены при осознании того, что это является эффективным.

г) Признаки толерантности, такие как увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами. (Очевидными примерами могут являться больные алкоголизмом и лица с опиатной зависимостью, которые могут в течение дня принять дозу, достаточную для летального исхода или потери сознания у нетолерантного потребителя).

д) Прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления вещества, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема вещества или восстановления после его действия.

е) Продолжение употребления вещества несмотря на очевидные вредные последствия, такие как причинение вреда печени вследствие злоупотребления алкоголем, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение когнитивных функций вследствие употребления наркотиков; следует определять, сознавал ли индивидуум природу и степень вредных последствий.

Сужение репертуара употребления вещества также считается характерным признаком (например, тенденция одинаково употреблять алкоголь как в будни, так и в выходные дни несмотря на социальные сдерживающие факторы). Существенной характеристикой синдрома зависимости является употребление определенного вида вещества или наличие желания его употреблять. Субъективное осознание влечения к психоактивным веществам чаще всего имеет место при попытках прекратить или ограничить их употребление

Диагноз синдрома зависимости может быть уточнен:

- в настоящее время воздержание
- в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (в госпитале, терапевтическом сообществе, тюрьме и т.д.)
- настоящее время под клиническим наблюдением, на поддерживающей или заместительной терапии (напр., метадоном, никотиновой жевательной резинкой или наклейкой) (контролируемая зависимость)
- в настоящее время воздержание, но на лечении вызывающими отвращение или блокирующими лекарствами (налтрексон или дисульфирам)
- в настоящее время употребление наркотика (активная зависимость)
- постоянное употребление
- эпизодическое употребление (дипсомания)

Психические и поведенческие расстройства связанные с употреблением психоактивных веществ. Состояние отмены.

Группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, проявляющаяся при полном или частичном прекращении приема вещества после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют тещу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром отмены может быть осложнен судорогами.

Диагностические указания:

Синдром отмены является одним из проявлений синдрома зависимости (см. выше), и этот последний диагноз тоже надо иметь в виду.

Диагноз синдрома зависимости следует кодировать как основной, если он достаточно выражен и является непосредственной причиной обращения к врачу-специалисту.

Физические нарушения могут варьировать в зависимости от употребляемого вещества. Также характерны для синдрома отмены психические расстройства (напр., беспокойство, депрессия, расстройства сна). Обычно пациент указывает, что синдром отмены облегчается последующим употреблением вещества.

Дифференциальный диагноз:

Многие симптомы, присутствующие в структуре синдрома отмены, могут также быть вызваны другими психическими нарушениями, например, тревожными состояниями, депрессивными расстройствами и др. Простое «похмелье» или тремор, вызванный другими причинами, не должны смешиваться с симптомами синдрома отмены.

4. ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ. ПОНЯТИЕ ОБ АДДИКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ.

Злоупотребление психоактивными веществами

В отечественной наркологии злоупотреблением считают этап, когда еще не сформированы признаки зависимости, потребление наркотика носит систематический характер, препарат применяют не с медицинской целью, а для достижения эйфории. Для данного этапа уместно использовать термин аддиктивное поведение.

Addiction - с английского пагубная привычка, склонность, пристрастие к чему-либо. Аддиктивным поведением называют употребление различных веществ, изменяющих психическое состояние, включая алкоголь и курение табака до того как сформировалась зави-симость.

Развитие аддиктивного поведения.

Описано два пути развития аддиктивного поведения, на каждом из которых можно выделить определенные этапы.

Первый путь можно назвать полисубстантным аддиктивным поведением. Индивидуум пробует на себе действие различных токсических веществ, среди которых постепенно может быть выбрано наиболее привлекательное. Но употребление может оборваться и до такого выбора.

Второй путь - моносубстантное аддиктивное поведение. Человек употребляет только одно вещество. Чаще всего это обусловлено тем, что только к нему имеется доступ, но иногда возможен намеренный отказ от всех других.

На каждом из этих путей условно могут быть выделены отдельные этапы развития аддиктивного поведения.

Этап первых проб служит началом аддиктивного поведления. Впервые пробуют какое-либо средство чаще всего в компании или под влиянием приятеля. В большинстве случаев первым выбирается алкоголь, иногда курение гашиша или ингалянты, реже других—препараты опия, стимуляторы или галлюциногены. Затем может последовать отказ от употребления или повторение - нередко со все большей частотой или в определенном ритме. Причиной отказа могут быть неприятные ощущения, вызванные интоксикацией, или страх пристраститься к данному веществу, или угроза суровых наказаний.

Этап поискового «полинаркотизма» наступает именно тогда, когда вслед за первыми пробами следуют повторные. Попеременно употребляют то алкоголь, то различные токси-ческие вещества, включая доступные наркотики. Обычно это происходит в компаниях, которые собираются не только для совместного употребления - последнее еще остается одной из

целей сборищ. Психоактивные вещества в этих компаниях используются «для веселья», для обострения восприятия музыки, для сексуальной раскрепощенности и т. п. За пределами своей компании ни алкоголь, ни иные токсические вещества не употребляются.

Этап выбора предпочитаемого вещества завершает поиски. Человек останавливается на одном из нескольких веществ и предпочитает его. Но зависимости от предпочитаемого вещества еще нет. На данном этапе выявляется гедонистическая установка - желание получить определенные приятные ощущения.

Этап групповой психической зависимости может быть добавлен к предыдущим этапам. На этом этапе потребность в употреблении алкоголя или иного токсического вещества возникает немедленно, как только собирается «своя» компания. За пределами этой компании влечения еще не возникает. Индивидуальная психическая зависимость, как первый признак наркомании еще отсутствует. Для пробуждения влечения требуются дополнительные стимулы.

Второй путь - моносубстантное аддиктивное поведение - называют также "первичным мононаркотизмом". С самого начала до формирования зависимости человек употребляет только одно вещество. Чаще всего это относится к алкоголю (в нашей культуре) в некоторых местностях это может быть гашиши или опий. От первых случайных проб переходят к систематическому употреблению вплоть до формирования синдромов зависимости.

5. ДИНАМИКА НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ.

Стадия I наркотической зависимости.

Основной симптом на этой стадии - патологическое влечение к наркотику, к переживанию состояния опьянения. Быстрота формирования влечения различна. Максимально быстро патологическое влечение формируется к опиатам, некоторым психостимуляторам. Быстрота возникновения влечения к препарату зависит от степени его наркогенности (способности вызывать зависимость). У опиатов, стимуляторов высокая степень наркогенности у алкоголя, марихуаны - низкая (требуются годы для развития алкоголизма, а не недели или считанные инъекции, как в случае героиновой наркомании). Влечение имеет характер навязчивых мыслей о наркотике, где купить, как достать денег на приобретение (что продать, "замутить"). С этими мыслями больной пытается бороться - остерегаясь неприятностей, или при необходимости другой деятельности (обсессивное влечение с борьбой мотивов). Вне интоксикации наркоман испытывает душевный дискомфорт, раздражительность, дисфорию. Другие радости, ценности постепенно обесцениваются.

Как критерий первой стадии А.Е.Личко выделяет формирование индивидуальной психической зависимости. Если на этапе злоупотребления желание повторить интоксикацию возникало только в "своей" компании, то

сейчас влечение диктует выбор компании, или же употребление наркотика становится возможным в одиночку. Характерен поиск заменителей наркотика при его отсутствии.

Меняется реактивность организма. Прежняя доза не вызывает эйфории первоначальной интенсивности. Для достижения прежнего эффекта наркотика необходимо увеличивать дозу употребляемого вещества (повышается толерантность), возможна смена пути введения (например, с интраназального на инъекционный),

Происходит угнетение защитных реакций (рвота при алкоголизме, кожный зуд при опиизме).

II стадия наркотической зависимости.

Критерий II стадии наркомании - формирование физической (биологической) зависимости от наркотика. В случае прекращения употребления наркотика наблюдается специфическое для каждого вещества состояние - синдром отмены (абстинентный синдром). Физическая зависимость развивается только в случае алкоголизма, опиизме, употреблении некоторых психостимуляторов. Не вызывает физической зависимости марихуана, кокаин. Для ингалянтов вопрос формирования зависимости пока остается открытым. Важно, что купируется данное состояние приемом вещества от которого сформирована зависимость.

Компульсивное влечение в абстиненции диктует поведение больного, требует немедленного удовлетворения (характерно также и для кокаина).

Физический комфорт в интоксикации.

Подъем толерантности во II стадию достигает своего пика.

Наблюдается также изменение картины опьянения. Прием наркотика только стимулирует, независимо от первоначального фармакологического действия наркотика (особенно ярко извращение действия для опиатов, хотя достаточно большие дозы могут еще вызывать типичное действие наркотика).

Больной полностью социально дезадаптирован - все время посвящено "движениям" (поисковая деятельность), "замутам". Считается, что большинство мелких краж (квартирные, сумки, шапки, аппаратура из автомобилей) совершают больные наркоманией. На "ломах" на аферы голова замечательно работает. (Больной К. в домашних тапочках, накинув на плечи халат ходил по квартирам, говорил, что захлопнулась дверь, просил электрическую дрель - открыть дверь. Получив дрель, менял ее на героин. Пока его не взяли работники милиции он отнес на "точку" около пятидесяти дрелей.)

III стадия наркотической зависимости.

Характерно истощение всех систем организма. Наркотик вызывает только тонизирующий, нормализующий эффект. Необходим для поддержания более менее удовлетворительного состояния. Несколько снижается толерантность (особенно ярко при алкоголизме). Падает интенсивность влечения, активность его удовлетворения. Абстинентный синдром трансформируется, теряет свою выраженность, становится затяжным. Измученные

постоянными поисками наркотика, а вследствие трудности поисков - тягостными ощущениями абстиненции, конфликтами, ожиданием неприятностей, виной перед семьей, страхом ВИЧ-инфекции больные приходят к решению отказаться от употребления наркотика. Многочисленные абстиненции, попытки (безуспешные) отказа от употребления формируют критику к заболеванию. По данным Пятницкой И.Н. подавляющее большинство больных обращаются за помощью к врачам с мотивацией к лечению (а не «омолодиться» - сбить дозу, скрыться от неприятностей) именно в III стадию заболевания.

6. ОСОБЕННОСТИ ГЕРОИНОВОЙ (ОПИЙНОЙ) НАРКОМАНИИ.

Клиника опийной интоксикации.

Объективные симптомы.

- Сужение зрачков (вплоть до размеров булавочной головки), отсутствие реакции зрачков на свет. Хотя в ситуации возможной экспертизы опьянения или контроля наркоманы могут закапывать в глаза атропинсодержащие препараты (таблетки Бекарбон, содержащие алколоиды красавки), иногда нафтизин, с тем чтобы скрыть сужение зрачков.
- Изменение сознания. "Залипает", на английском термин звучит как "nodding", "клевки" - "клюет носом" - засыпает на короткие промежутки времени, потом пробуждается. У наркоманов II стадии небольшие по сравнению с обычными дозировки могут вызывать наоборот стимуляцию, оживление, двигательное и эмоциональное возбуждение.
- Изменена речь.
- Также наблюдается гипотензия, брадикардия (в ситуации экспертизы опьянения может сменяться тахикардией). Редкое, поверхностное дыхание. Сниженная способность к концентрации внимания.
- Пальценосовая, координационные пробы выполняются неуверенно, с промахиванием, пошатыванием.

Передозировка героина.

Обычно происходит случайно. Например при использовании более чистого героина чем обычно. Героин распространяемый на черном рынке обычно "бодяжится", размешивается с димедролом, анальгином так, что собственно наркотика в пакетике может быть не более 5 %, если попался более честный распространитель наркотиков (банчила) и героина содержится 15% - возможна передозировка.

Также передозировка возможна при снижении толерантности, после перерыва в наркотизации (самостоятельно или в результате лечения), когда по незнанию вводится прежняя доза наркотика.

Сознательно, с целью самоубийства - "золотой или королевский укол" - смерть в кайфе.

Клинически передозировка проявляется: выраженный миоз, угнетение дыхания, угнетение деятельности ЦНС (сопор, кома), Смерть наступает от остановки дыхания в результате угнетения дыхательного центра.

Первая помощь.

1. Искусственная вентиляция легких.
2. Внутривенная инфузия.
3. Внутривенное струйное введение специфического антидота - налоксон. Налоксон выпускается в ампулах по 1мл., в ампуле 0,4 мг препарата. Вводится 0,8 мг препарата в/в струйно. Эффект обычно наступает на игле. При отсутствии реакции в течении 15 минут вводят 1,6 мг в/в. При повторном отсутствии эффекта вводят 3,2 мг. препарата, возможен пересмотр диагноза - опиная интоксикация. При достижении положительного эффекта необходимо помнить о том, что период полувыведения налоксона меньше, чем героина, следует продолжать наблюдение за больным в течении 24 часов с периодическим введением препарата 0,4 мг. .

Опийный абстинентный синдром.

Синдром отмены при опиной абстиненции один из наиболее тяжелых. Субъективные ощущения наркомана на ломках крайне тягостны. Интенсивные, выкручивающие мышечные боли ("крутит всего"), судорожные сведения мышц, боли в крупных суставах, позвоночнике ("в пояснице кол"). Боли во всем теле, в области сердца. Спазматические боли в животе. Рвота желчью, понос (до 10 раз в день). Приступы непрерывного чихания (до 20 - 30 раз за приступ). Профузный пот, который сменяется ознобом, мурашками. Слезо- слюнотечение. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Бессонница стойкая, упорная длительная, при невыносимом желании спать невозможность заснуть, с трудом поддающаяся действию лекарственных препаратов.

Больной не находит себе места, возбужден, беспокоен, неусидчив, пытается двигаться, растирать мышцы, но вновь ложиться, беспрестанно меняет позу. Все это сопровождается тревогой, эмоциональной напряженностью. Страх "ломок" вынуждает больного к настойчивым поискам наркотика. (Утром, уже во сне начинает ломать. Просыпаешься - весь в поту, в голове одна мысль: "У меня нет!!!" Оглядываешь квартиру - не думаешь ни о чем, кроме: "Это можно продать!!!")

Длительность героиновой абстиненции 7-10 дней, с максимальной тяжестью состояния на 3 сутки. Потом постепенно симптоматика уменьшается. Достаточно длительно может быть нарушен ночной сон, периодически боли в мышцах, суставах, озноб, потливость - "подкумаривает". Влечение к наркотику бывшее крайне интенсивным в острой стадии абстинентного синдрома, достигавшее степени компульсивного, принудительного, постепенно уменьшается. Выраженность влечения и способность контролировать его зависит от мотивации к лечению и отказу от употребления героина.

При достаточно длительном периоде воздержания влечение становится преимущественно ситуационным (при появлении возможности употребить наркотик, при неблагоприятных жизненных ситуациях, когда возникает желание оглушить себя (отсутствует адаптированный копинговый стиль). От

скуки - "как же жить без кайфа" (синдром достижения психического комфорта в интоксикации). Очень часто рецидивы возникают при желании уколоться в "последний раз". Таких "последних разов" в жизни наркомана может быть достаточно много, прежде чем он поймет, что за каждым таким разом следует систематическое употребление наркотика, что контролируемое употребление героина невозможно.

Течение героиновой наркомании чаще непрерывное, без длительных ремиссий, нет также цикличности, как в случае алкоголизма или первитиновой наркомании. Ремиссии возможны внутри лечебного учреждения. При отрыве от среды наркотизирующихся, хотя при этом не наблюдается полного отказа от употребления психоактивных средств - пьют водку, курят траву или реже другие наркотики (реализуется психическое влечение). Если не происходит смены вида наркомании - больные возвращаются к употреблению героина. Однозначно, длительные ремиссии возможно только при каких-то достаточно глубоких личностных изменениях употребляющего наркотические вещества.

7. МОТИВАЦИЯ К УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ.

При сформировавшейся психической зависимости мотивирует опьянение влечение к наркотику, потребность повторить привлекательное состояние наркотического опьянения. При сформировавшейся физической зависимости основной мотивацией является компульсивное влечение или страх абстиненции, стремление избежать физического дискомфорта или достижение физического комфорта ("вмажешься, хоть человеком себя чувствуешь").

Интересны вопросы инициальной, первичной мотивации к употреблению наркотических средств.

В.А.Жмуров предлагает выделять четыре группы первичной мотивации к употреблению наркотических веществ, каждый из которых характеризует определенный уровень побуждений личности:

- это мотивы, в которых проявляются духовные качества личности
- социально-психологические, отражающие его отношение к социальной среде
- психологические, выражающие отношение человека к самому себе
- витальные мотивы.

Мотивы первой группы связаны с экзистенциальной фрустрацией - невротической или психогенно обусловленной блокадой стремления к осмысленной жизни и переживанием смыслоутраты. Опьянение представляет собой попытку устранить эмоциональные последствия такой фрустрации: разочарование, скуку, состояние внутреннего опустошения, смятение и растерянность.

В тоже время, подобные мотивы не следует смешивать с теми, что имеют в виду пациенты, когда утверждают, что без опьянения жизнь теряет смысл. Что в абстиненции они переживают "пустоту" в душе. Такие заявления у

человека с клиникой наркомании свидетельствуют о том значении, которое приобрел в жизни наркомана наркотик.

Употребление опьяняющих субстанций может быть обусловлено тяжелыми невосполнимыми потерями, утратой и дискредитацией важнейших ценностей, а также ситуациями, которые препятствуют достижению стратегических ценностей личности, либо мешает осознанию своего призвания. Человек может предпочесть опьянение, если не видит смысла в том, что его окружает, не находит того, что ему нужно, либо потому, что не может найти в себе качества необходимых для осуществления основополагающих ценностей. Одновременно с этим употребляющий наркотические средства человек не может рассчитывать на обретение в опьянении утраченных смыслов жизни. В лучшем случае он почувствует, что положение не столь уж безнадежно, и увидев это продолжит искания в реальном мире вне опьянения. Но может быть и так, что последнее становится желаемым, как то спасительное состояние, в котором безразлично, есть ли смысл в жизни вообще. Глубокое разочарование и внутренняя опустошенность часто ведут к наркомании, существуют так называемые "горькие пьяницы". Экзистенциальная мотивация характерна для индивидов зрелого и среднего возраста, потрясенным утратой оснований жизни, потерявшим надежду осуществить свои планы или незаметно разменивающим себя на разного рода мелочи. Более типичны при этом разочарование и потеря веры в себя. Отношение к внешнему миру при этом не меняется, пациенты обвиняют скорее не жизнь а самих себя.

В тоже время переживание смыслоутраты может быть причиной ухода в опьянение в юношеском возрасте. Но для лиц молодого возраста более характерно переживание опьянения как некоего состояния имеющего исключительный смысл их жизни как некой реальности, несопоставимой с обыденной "серой" жизнью. Они осознают себя как знающих переживающих в этой жизни не доступных для обычных людей обреченных к существованию "на умняке".

Как указывает В.Франкл у 90% больных алкоголизмом и 100% больных наркоманией выявляется потеря смысла существования.

Вторая группа мотивов опьянения имеет своим источником социально-психологические особенности личности и связана со стремлением к утверждению групповых ценностей.

Прежде всего это может быть алкогольные традиции нашей страны связанные с употреблением спиртных напитков при определенных событиях в жизни (праздники, похороны, приобретения и т. п.).

Другая форма групповой мотивацией опьянения отражает желание "быть как все", "не выделяться" на фоне окружающих, "не быть белой вороной". Потребность соответствовать групповым ценностям нередко сталкивается с иными стремлениями, порождая внутренний конфликт. Пациенты при этом отмечают, что выпивают вопреки своей воле, "не могут" отказаться от приглашения, устоять под давлением товарищей.

Для подростков характерны реакция группирования со сверстниками и эмансипации, на фоне которых возможно употребление наркотических средств.

Третья группа мотивов ассоциирована с потребностями ориентированными на самого себя: с помощью опьянения индивидуум пытается изменить свое состояние, самовосприятие или отношение к окружающему.

Во-первых внутренний мир, который открывается человеку) в состоянии опьянения вызывает удивление, растерянность и острое любопытство, особенно если оно сопровождается выраженными психическими расстройствами. Необычайные переживания, галлюцинации, фантастические представления, подъем настроения, страхи - все это кажется загадочным, поражающим воображение, таинственным. В сравнении с ними обыденные впечатления явно проигрывают в своей сенсационности и привлекательности. Способствует формированию вовлеченности в подобные переживания отсутствие каких-либо эмоционально значимых интересов, не связанных с употреблением наркотиков. Этому также способствует момент состязательности: подростки рассказывая друг другу впечатления об опьянении, находят самые удивительные, поддерживая таким образом друг у друга стремление к опьянению.

К опьянению может побуждать чувство неполноценности. Выключая критические и репрессивные инстанции личности опьянение устраняет переживание собственной ущербности. Более того компенсаторное представление о мнимых и преувеличенных своих достоинствах уже не кажется фантазией или мечтой, если наступает регресс сознания, а представляется реально существующими фактами.

Мотивы опьянения могут быть обусловлены недовольством своим характером. Затруднения в контактах нередко преодолеваются посредством неглубокого опьянения. Боязливые, застенчивые и стеснительные люди выпивают или употребляют наркотические средства, чтобы чувствовать себя смелыми и уверенными.

Творческое самовыражение в некоторых случаях также может быть мотивом к употреблению наркотических средств, что связано с необычностью переживаний, изменением процесса мышления, но в тоже время при наличии в большинстве случаев объективной малоценности творческой продукции в состоянии опьянения, по сравнению с грандиозностью замыслов в опьянении.

Последняя группа мотивов связана с витальными потребностями.

Побуждения к опьянению связаны с невротическими нарушениями сна, аппетита, общего самочувствия, половой функции, настроения. Например, употребление алкоголя для облегчения засыпания, или повышения аппетита. Для употребления психостимуляторов - при болезненной вялости, сниженной общей активности. При этом опьянение используется как допинг, для того чтобы "взбодриться". К этой же группе мотиваций можно отнести случаи неудовлетворенности душевным состоянием. Наркотические средства при

этом используются для подъема настроения, устранения напряжения, подавленности, волнения. (Самолечение).

Характерно, что по мере развития заболевания затрагиваются все более глубокие уровни мотивации. Так если больной начинал употреблять наркотические средства для переживания каких то "высоких", духовных состояний, (типа единения с богом -экзистенциальная мотивация), то при формировании зависимости употребление связано уже с социально-психологическими мотивами (уход от проблем, связанных с употреблением наркотиков) или витальными, для купирования болезненного абстинентного синдрома.

ВЛЕЧЕНИЕ К СМЕРТИ, КАК МОТИВАЦИЯ К УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ.

Безусловно заслуживают внимание исследования рассматривающие алкоголизм и другие болезни зависимости, как проявление неосознанного влечения к преждевременной смерти. Согласно концепции Д.И.Шустова, суицид представляет собой наиболее крайнее проявление саморазрушающего поведения и аутоагрессивности - своеобразного личностного расстройства, проявляющегося в стремлении к причинению себе вреда в различных, в том числе и физической сферах. В основе саморазрушающего поведения лежит подавленная аутоагрессивность, попытка показать состояние беспомощности, а также деструктивный поведенческий паттерн - уход, бегство от жизненных проблем в состояние безысходности. Алкоголизация с последующим развитием зависимости представляет собой уникально удобную форму для реализации подобных личностных установок, в связи с чем алкоголизм отнесен к форме хронического самоубийства. Аутоагрессивные проявления в клинике алкоголизма представлены двумя основными формами: суицидальными проявлениями (в том числе попытки самоубийства) и несуйцидальными формами аутоагрессии - самоповреждения (самопорезы), передозировки алкоголя на фоне утраченного количественного контроля. Чуть менее явным проявлением аутоагрессии может быть так называемая связанная с алкоголем проблематика: смертность от циррозов, рака и других соматических заболеваний, от несчастных случаев, травм. В целом хроническая алкоголизация сокращает ожидаемую продолжительность жизни в среднем на 15 лет. Еще более выражены все эти проявления у больных наркоманией.

НАРКОМАНИИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

В нашей стране исследований, посвященных распространенности наркоманий среди медицинских работников практически нет. В тоже время в зарубежной наркологии это достаточно актуальная проблема.

Факторы способствующие развитию наркоманий среди медработников:

- Работа требующая большого физического и эмоционального напряжения.
- Доступ к психотропным веществам или возможность выписывать самому себе лекарства.

В тоже время как показывают эпидемиологические исследования медицинская специальность сама по себе не является фактором риска наркомании - распространенность болезней зависимости среди медработников в целом не отличается от таковой для популяции в целом. Факторами риска являются:

1. Отягощенный семейный анамнез.
2. Окружение.
3. Отсутствие методов преодоления стресса.
4. Отсутствие мер профилактики.
5. Доступность психотропных веществ.

Данные о распространенности наркоманий среди медработников США.

Врачи. В США злоупотребление алкоголем и наркотиками среди врачей составляет 8-12% (столько же сколько и среди всего остального населения).

Студенты медицинских ВУЗов и врачи-резиденты. У студентов медиков такой же уровень употребления наркотиков, как и у их сверстников из других групп населения. У врачей-резидентов имеется существенно более низкий уровень употребления наркотических средств по сравнению с остальной популяцией (кроме бензодиазепинов и алкоголя). В тоже время эти два средства - основные, которыми злоупотребляют врачи с большим стажем работы.

Врачи узких специальностей. У врачей узких специальностей риск развития болезни зависимости более высокий. Особенно это характерно для врачей-анестезиологов. (15,8% анестезиологов-реаниматологов медицинского колледжа Висконсина злоупотребляют препаратами обладающими наркотическими свойствами.) Для врачей этой специальности характерно доступность наркотических препаратов (калипсол, опиаты, закись азота) и сниженный контроль за их использованием в экстренных случаях. Делаются предположения, что, возможно люди употребляющие наркотические препараты сознательно выбирают анестезиологию своей специальностью. Хотя с другой стороны возможны корреляции между употреблением наркотических средств и выбором специальности на психологическом уровне.

Средний медперсонал. Не имеет права выписывать лекарственные препараты. Но занимаясь распределением лекарств и выполнением назначений могут добывать препараты не выдавая их больным. В целом среди средних медработников распространенность употребления наркотических препаратов не более чем среди остального населения.

Самый высокий уровень употребления наркотических препаратов среди работников здравоохранения у практикующих врачей (ретроспективно обследовано более 1352 медработников), то есть имеются корреляции между уровнем образования и стажем работы и употреблением наркотических средств.

По наблюдениям работники различных специальностей имеют склонность к злоупотреблению определенными психотропными веществами. Не только

выбор наркотического препарата, но и характер злоупотребления, количество видов используемых психотропных веществ, характер злоупотребления, способы определяются в большей степени специализацией, чем возрастом и полом. Чаще всего злоупотребляют алкоголем. Медсестры обычно злоупотребляют каким-то одним препаратом, врачи и фармацевты несколькими. Злоупотребление зависит от знаний в области психофармакологии, доступности определенных средств.

Отмечено, что информированность о побочных эффектах препаратов, возможности формирования зависимости не препятствует употреблению наркотических средств.

Выделяют 3 основных повода для употребления наркотических средств.

1. Самолечение при наличии хронических болевых синдромов, состояний тревоги, депрессии.
2. Употребление для развлечения - получить удовольствие, поэкспериментировать, испытать эйфорию.
3. Для повышения работоспособности.

Самолечение. Особенно распространено среди врачей старше 40 лет. В этой возрастной подгруппе самолечение встречается намного чаще, чем употребление психотропных веществ с целью развлечения, с чем связывают больший риск развития зависимости в этом возрасте.

Употребление для развлечения. В отличие от самолечения является ведущей мотивацией употребления в возрастной группе от 20 до 30 лет. Отмечено, что уровень употребления наркотических средств с целью самолечения остается неизменным или постепенно снижается, в то время как употребление с целью развлечения отражает ведущие тенденции в обществе.

Употребление для повышения работоспособности. Для повышения работоспособности используются препараты стимулирующим эффектом (амфетамин в США, препараты эфедрина в нашей стране).

Медработники обычно употребляют наркотики тайно и в одиночку, что ведет к эмоциональной изоляции. Кроме того, распространено мнение, что врачи могут помочь себе сами, что часто препятствует оказанию им квалифицированной медицинской помощи. Врачи обычно пытаются скрывать свое пристрастие к наркотикам, чтобы сохранить свой профессиональный статус и положение в обществе. Зависимость от наркотических препаратов оказывает влияние на взаимоотношения с сослуживцами, в семье, с друзьями. Снижение профессиональных качеств врача наблюдается лишь на поздних стадиях развития зависимости. В медицине поводов для категорического отрицания факта злоупотребления наркотическими препаратами, пожалуй, больше, чем где бы то ни было.

Стратегии лечения и реабилитации принятые в отношении медработников в США.

Общественность и медицинское сообщество считает абсолютно неприемлемым (нулевая толерантность общества) злоупотребление наркотическими препаратами медицинскими работниками. Медперсонал,

профессиональные навыки которых снижены из-за химической зависимости представляет опасность для пациентов. Кроме того, злоупотребление наркотиками медработников подрывает доверие людей к медицине в целом. В связи с этим в Соединенных Штатах разработаны лечебные и реабилитационные программы для врачей злоупотребляющих наркотическими средствами. В 1973 году Совет по психическому здоровью АМА (Американской медицинской ассоциации) опубликовал доклад "Больной врач", в котором было заострено внимание на злоупотреблении наркотическими средствами среди работников здравоохранения и который призывал медицинские организации выявлять подобные случаи среди своих сотрудников и способствовать отказу их от употребления.

1. Во-первых признается, что употребление наркотических веществ является излечимым заболеванием, к которому следует подходить с позиции сострадания, избегая суровых карательных мер.

2. Признание врачом факта употребления наркотических средств часто сопровождается ощущением краха и может привести к самым трагическим последствиям (самоубийство) в отношении которых должна проводиться соответствующая профилактическая работа.

3. Во всех 50 штатах USA действуют реабилитационные программы.

Например, в штате Массачусетс врачи злоупотребляющие алкоголем или наркотиками могут быть направлены в Центр лечения врачей (Physician Health Services, PHS) Массачусетского медицинского общества. В штате Массачусетс врача, у которого выявлено злоупотребление наркотическими веществами, не лишают лицензии на занятие медицинской деятельностью, если не поступают заявления о том, что он причиняет вред здоровью пациентам, и, если в течении 30 дней будет получено подтверждение, что он проходит лечение по программе PHS.

Врач и PHS подписывают контракт. Вот некоторые условия контракта:

- Отказ от употребления "запрещенных наркотических веществ действующих на психику" и алкоголя, а также на время пока не избавиться от наркотической зависимости добровольно прекратить медицинскую практику.

- Врач имеет группу поддержки, состоящую из помощника руководителя PHS (врача), терапевта, наблюдающего больного врача по месту работы, который может подтвердить отказ его от употребления наркотических средств и врача оказывающего ему помощь в случае необходимости (нарколога). Обязательно посещение групп самоподдержки (Анонимные наркоманы, Анонимные алкоголики), в том числе групп создан-ных специально для врачей.

- 2 раза в неделю обязан сдавать мочу на анализ в течение грех первых месяцев действия контракта, а затем 1 раз в неделю до окончания срока контракта. Время предос-тавления мочи определяется одним из контролирующих ход лечения специалистов.

- Если у врача будет рецидив, он обязан прекратить работу с пациентами, начать лечиться. Заключается новый контракт.

- О невыполнении врачом условий контракта уведомляется руководство PHS и Медицинский регистрационный комитет. Если комитет предпринимает в отношении врача дисциплинарные меры, то о наличии наркотической зависимости у данного специалиста становится общеизвестно.

Для российских условий работы зависимого от наркотиков врача и психотерапевта возможен следующий вариант мотивирующего к лечению контракта - врач пишет заявление руководству лечебного учреждения, где он работает с просьбой об увольнении по собственному желанию или лишении врачебной лицензии. В случае невыполнения условий контракта психотерапевт может направлять данное заявление в соответствующие инстанции.

Эффективность реабилитации.

Как отмечают американские исследования лечение наркоманий среди медработников имеет хороший прогноз особенно при раннем выявлении и раннем начале лечения заболелания. Если врач осознает необходимость отказ от употребления наркотических средств то результаты оказываются лучше, чем среди других групп населения. В результате лечения врачей, употреблявших наркотические препараты 83% полностью отказались, либо у них возникали кратковременные рецидивы. Для сравнения, в контрольной группе состоящей из представителей сродно класса таких же хороших результатов достигли лишь 62 % лечившихся. (Хотя к этим фактам следует относиться с известной долей критики).

Эффективность лечения зависит от требований предъявляемым государственным аттестационным комитетом. Эти требования способствуют отказу от употребления наркотических средств и поддержанию абстиненции. Желание сохранить общественное положение и профессиональный статус может удерживать врача в дальнейшем от употребления наркотических средств и алкоголя. Большинство врачей после полного прекращения употребления наркотиков возобновляют свою практику.

Менее благоприятный прогноз в отношении в тех случаях, когда факт злоупотребления устанавливается не сразу и не используются преимущества ранней диагностики и лечения. Прогноз также менее благоприятен в отношении средств вызывающих сильную зависимость (героин, кокаина).

ЛИТЕРАТУРА.

1. Жмуров В.А. Психопатология. В 2 ч. - Иркутск, Изд-во Иркутского университета, 1994.
2. Наркология. Справочное пособие. - Пер. с англ. //ред. Л.С.Фридман и др. - М.: Бином - СПб.:Невский диалект, 1998. - 317с.
3. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. в2т., пер. с англ. - М.: Медицина, 1994.
4. Клиническая психиатрия: пер. с англ. доп. //гл. ред. Т.Б. Дмитриева - М.:ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. - 504с.

5. Личко А.Е. Подростковая наркология: руководство для врачей. - Л. Медицина Ленинградское отделение, 1991. - 301с.
6. Словарь терминов относящихся к алкоголю, наркотикам и другим токсическим средствам., пер. с англ. - Всемирная Организация Здравоохранения, Женева, 1996.
7. Пятницкая И.Н. Наркомании: руководство для врачей. - М.: Медицина, 1994. -544с.
8. Шустов Д.И. Валентик Ю.В. Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты). // Вопр. наркологии, 1998, №3. -с.86-95.
9. Юрченко Л.Н., Шустов Д.И. Алкоголизм у врачей: к характеристике группы больных проходивших психотерапию.//Вопр. Наркологии, 1997, №2. - с.38-41.