

Основные понятия аддиктологии

Аддикция - определение

Аддикция (англ. **addiction** – зависимость, пагубная привычка) – неконтролируемая потребность индивида в определенном виде деятельности.

Различают:

- ***химические (физические) аддикции***
- ***поведенческие (психологические) аддикции.***

Химическая аддикция проявляется в потребности принимать вещества, которые изменяют физическое состояние человека. Среди химических аддикций лидирующие позиции принадлежат алкогольной и наркотической зависимостям.

Поведенческая аддикция проявляется в привязанности к какому-либо виду деятельности.

Аддиктивное поведение

Аддиктивное поведение – форма девиантного поведения, которая выражается в стремлении уйти из реальности посредством изменения своего психического состояния. Этот механизм реализуется путем употребления определенных веществ (**алкоголь, запрещенные препараты**) или повторением какого-либо вида деятельности – **игромания, трудоголизм, переедание** и так далее.

Деструктивный характер подобной активности определяется:

1. **вредоносным воздействием на организм** (если речь идет о химических аддикциях);
2. **деятельностью** индивида, которая, как правило, **способствует разрыву его отношений с социумом.**

Отличительной особенностью аддиктивного поведения является то, что человек не в состоянии справиться со своей зависимостью самостоятельно.

Основные понятия аддиктологии

Природа возникновения ***аддикций*** не изучена до конца
Выделяют ***3 группы факторов:***

- 1. биологические предпосылки ;***
- 2. окружающая среда;***
- 3. биологические и социальные факторы***

Типы аддиктивного поведения

алкоголизм, наркомания, токсикомания, табакокурение (химическая аддикция);

азартные игры, компьютерная аддикция, сексуальная аддикция, длительное прослушивание музыки, основанной на ритме;

нарушение пищевого поведения;

полное погружение в какой-то вид деятельности с игнорированием жизненно важных обязанностей и проблем и др.

В. Segal, (1989 г.) выделяет следующие психологические особенности **лиц с аддиктивными формами поведения:**

сниженная переносимость трудностей повседневной жизни наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;

скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;

внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;

стремление говорить неправду;

стремление обвинять других, зная, что они невиновны;

стремление уходить от ответственности в принятии решений;

стереотипность, повторяемость поведения;

зависимость;

тревожность.

Этапы аддиктивного поведения (по Ц.П. Короленко и Т.А. Донских):

Первый этап - «Первые пробы». Первоначально происходит знакомство с наркотиком эпизодически, с получением положительных эмоций и сохранением контроля.

Второй этап - «Аддиктивный ритм». Постепенно формируется устойчивый индивидуальный ритм употребления с относительным контролем. Этот этап часто называется стадией психологической зависимости, когда наркотик действительно помогает на некоторое время улучшить психофизическое состояние. Постепенно происходит привыкание ко все большим дозам наркотика, одновременно с этим накапливаются социально-психологические проблемы и усиливаются дезадаптивные стереотипы поведения.

Третий этап - «Аддиктивное поведение» (аддикция становится стереотипным механизмом реагирования). Характерно учащение ритма употребления при максимальных дозах, появление признаков физической зависимости с признаками интоксикации и полной утратой контроля. Защитный механизм аддикта выражается в упорном отрицании существующих у него психологических проблем. Но на подсознательном уровне возникает чувство тревоги, беспокойства, неблагополучия (отсюда и появление защитных реакций). Происходит внутренний конфликт между «Я прежним» и «Я аддиктивным».

Четвертый этап - Полное преобладание аддиктивного поведения. Исходное «Я» разрушено. Наркотик перестает приносить удовольствие, он употребляется для того, чтобы избежать страдания или боли. Все это сопровождается грубыми изменениями личности (вплоть до психического расстройства), контакты крайне затруднены.

Пятый этап - «Катастрофа». Происходит разрушение личности не только в психическом, но и в биологическом планах (хроническая интоксикация приводит к поражению органов и систем жизнедеятельности человеческого организма).

На заключительном этапе аддикты часто нарушают общественный порядок, вымогают деньги, совершают кражи; всегда существует риск покончить с собой. Основные мотивы: отчаяние, безысходность, одиночество, изоляция от мира. Возможно возникновение эмоциональных срывов: агрессия, ярость, которые сменяются подавленностью.

Характерной особенностью зависимого поведения является его цикличность.

Фазы одного цикла:

- наличие внутренней готовности к аддиктивному поведению;
- усиление желания и напряжения;
- ожидание и активный поиск объекта аддикции;
- получение объекта и достижение специфических переживаний, расслабление;
- фаза ремиссии (относительного покоя).

Далее цикл повторяется с индивидуальной частотой и выраженностью).

Зависимое поведение не обязательно приводит к заболеванию, но закономерно вызывает личностные изменения и социальную дезадаптацию.

Ц.П. Короленко и Т.А. Донских указывают на формирование **аддиктивной установки** - совокупности когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенности, вызывающих **аддиктивное отношение** к жизни.

Аддиктивная установка выражается в появлении сверхценного эмоционального отношения к объекту аддикции (беспокойства о постоянном запасе сигарет, наркотиков).

Мысли и разговоры об объекте начинают преобладать. Усиливается механизм рационализации - интеллектуального оправдания аддикции («все курят», «без алкоголя нельзя снять стресс»).

При этом формируется «мышление по желанию», вследствие чего снижается критичность к негативным последствиям аддиктивного поведения и аддиктивному окружению («я могу себя контролировать»; «все наркоманы - хорошие люди»). Развивается также и недоверие к «другим», в том числе специалистам, пытающимся оказать аддикту медико-социальную помощь («они не могут меня понять, потому что сами не знают, что это такое»).

В настоящее время число зависимых людей катастрофически увеличивается во всем мире, в том числе и у нас в стране.

По данным Всемирной организации здравоохранения в начале XXI века злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими веществами, изменяющими сознание, приняло характер эпидемии.

В России, например, около 40 % взрослого населения страдает химической зависимостью. Более того, около 80 % подростков имеет опыт употребления наркотиков, а 10 % из них уже больны. К этому надо добавить, что увеличивается и рост числа проблемных семей, так или иначе сталкивающихся с проблемой зависимости и нуждающихся в квалифицированной и своевременной помощи. *

* Алексеенко С.Н., Дробот Е.В. Профилактика заболеваний: учебное пособие – 2015 : Изд-во Академия естествознания.

Алкоголизм

Алкоголизм – прогрессирующее заболевание, характеризующееся патологическим влечением к спиртным напиткам, абстинентного (похмельного синдрома) при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших стадиях- стойких соматических расстройств и психической деградации

Классификация стадий алкоголизма

1-я стадии заболевания. На этом этапе формируется психическая зависимость от алкоголя, выпивки из эпизодических превращаются в систематические, все чаще и чаще появляются «провалы» в памяти, увеличиваются дозы принимаемых спиртных напитков, падает контроль за количеством выпиваемого, исчезает защитный рвотный рефлекс при передозировке алкоголя. О влечении к алкоголю свидетельствуют навязчивые мысли о нем, поиск ситуаций, в которых возможна выпивка.

Последствиями алкоголизма в первой стадии являются расстройства деятельности **нервной системы** (появление раздражительности, вспыльчивости, жалобы на бессонницу) и **внутренних органов** (изжога, неприятные ощущения в области сердца, нарушения в работе кишечника и печени, снижение аппетита).

Классификация стадий алкоголизма

2-я стадия заболевания. Основной признак перехода алкоголизма з эту стадию — возникновение похмельного синдрома. Дозы принимаемого спиртного достигают своего верхнего предела (до 1 литра водки и более), контроль за количеством выпитого утрачивается, изменяется сам характер опьянения, «провалы») в памяти учащаются. Влечение к алкоголю становится непреодолимым, что приводит к постоянному, почти ежедневному пьянству или же к двух-трехдневным запоям с такими же перерывами.

Для алкоголизма во 2-й стадии характерны синдром снижения личности (со свойственным ему эгоизмом, эмоциональным огрублением, ухудшением памяти, внимания, нарушениилл семейных и производственных отношений, появлением целой системы оправданий - «алкогольных алиби»), усиливающиеся расстройства деятельности нервной системы (страдают мозжечок, кора головного мозга, периферическая нервная система), поражения внутренних органов (гепатиты и циррозы печени, гастриты, колиты, ожирение сердца, заболевания почек), угнетение половых функций. В этой же стадии болезни возникают различные алкогольные психозы, чаще всего белая горячка.

Классификация стадий алкоголизма

3-я стадия заболевания. Все в жизни человека отныне сводится к одному — добыть спиртное, ни перед чем не останавливаясь. Изношенный организм уже не переносит больших доз алкоголя, они постепенно падают, и больному теперь достаточно одной-двух рюмок. Похмельный синдром настолько выражен, что отсутствие спиртного может вызывать судорожные эпилептические припадки. Кроме алкоголя, употребляются аптечные настойки, политура, одеколон, лосьон и т. п.

Последствием алкоголизма в 3-й стадии, кроме тяжелых и разнообразных поражений нервной системы и внутренних органов, является деградация личности, прогрессирующее алкогольное слабоумие, разрушающее представление об алкоголике как о человеке.

Алкоголизм

Металкогольные (алкогольные) психозы — экзогенные, экзогенно-органические или эндоформные клинические картины с острым, протрагированным или хроническим развитием, возникают во второй и третьей стадиях алкоголизма, сопровождающегося нарушениями внутренних органов и личностными изменениями.

Термин **«металкогольный»** указывает на то, что психоз развивается не в результате непосредственного воздействия алкоголя на головной мозг, а в связи с нарушениями обмена, обусловленными соматической патологией, при нередком участии дополнительных вредностей — интеркуррентных заболеваний и психических травм.

Патогенез. Ведущий фактор патогенеза алкогольных психозов — нарушение обменных и нейровегетативных процессов. В первую очередь это относится к алкогольным делириям и энцефалопатиям. Постоянно отмечаемые при них поражения печени приводят к нарушению ее антитоксической функции и как следствие — к токсическому поражению ЦНС, прежде всего ее диэнцефальных отделов. Добавочные соматические вредности усиливают токсический компонент. Это вызывает нарушения нейровегетативной регуляции и гипофизарно-надпочечниковой системы. Очень большое значение, особенно при алкогольных энцефалопатиях, имеет нарушение витаминного обмена. Патогенез других алкогольных психозов почти неизвестен. Установлена лишь роль добавочных органических вредностей и конституциональных факторов в развитии атипичных и затяжных алкогольных психозов.

Алкоголизм

Металкогóльные психóзы — общее название психозов , возникающих вследствие употребления спиртных напитков.

Подразделяются на:

1. Острые алкогольные психозы

- Алкогольный делирий
- Острый алкогольный галлюциноз
- Острый алкогольный параноид

2. Затяжные (протрагированные) алкогольные психозы

- Алкогольный параноид (алкогольный бред ревности)
- Хронический алкогольный галлюциноз

3. Алкогольные энцефалопатии

- Корсаковский психоз
- Энцефалопатия Гайе-Вернике
- Алкогольные псевдопараличи

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ (БЕЛАЯ ГОРЯЧКА) — наиболее частая форма **металкогольных психозов**. Первому приступу делирия обычно предшествует продолжительный запой; в дальнейшем приступы возникают в после непродолжительных периодов пьянства. Обычно делирии развивается спустя несколько часов или суток (чаще 3—4 сут) после прекращения пьянства, а в ряде случаев при значительно более длительном воздержании. Нередко начало делирия совпадает с острыми соматическими заболеваниями, травмами, хирургическими вмешательствами. Делирии развивается обычно внезапно *на фоне похмельного абстинентного синдрома*, проявления которого (психические и неврологические) особенно резко выражены у женщин. У них перед развитием делирия постоянно бывают депрессивные расстройства. Иногда делирии появляется вслед за одним или несколькими *судорожными припадками*, эпизодом *вербальных галлюцинаций* или вспышкой острого *чувственного бреда*.

Начальные симптомы делирия: ухудшение ночного сна, частые пробуждения в состоянии тревоги; вегетативные и вестибулярные расстройства, тремор, а также общая оживленность, заметная в движениях, мимике и настроении больного. Для похмельного состояния типичен однообразный подавленно-тревожный аффект, а при развитии делирия за короткое время можно наблюдать самые различные, часто противоположные оттенки настроения. Смена настроения, общая оживленность и отвлекаемость с неустойчивостью внимания усиливаются к вечеру. Затем возникает полная бессонница, на фоне которой появляются наплывы образных воспоминаний, гипнагогические галлюцинации или проецируемые вовне зрительные псевдогаллюцинации, зрительные иллюзии, парейдолии, а затем галлюцинации различных органов чувств и бред. Преобладают множественные и подвижные истинные *зрительные микроскопические галлюцинации*: насекомые (мухи, клопы, тараканы, жуки) или мелкие животные (кошки, крысы, мыши). Реже больные видят крупных животных, их скопления («как в зоопарке») или людей, в том числе давно умерших родственников (так называемые блуждающие мертвецы). Видения могут принять фантастически-неправдоподобный облик (черти, чудовища). Зрительные галлюцинации то единичны, то множественные, сценopodobны и, отражая определенные ситуации, калейдоскопически сменяют друг друга. Нередко отмечаются *слуховые, обонятельные, термические, тактильные галлюцинации, парестезии, галлюцинации, локализующиеся в полости рта, и галлюцинации общего чувства*. Им нередко сопутствуют зрительные галлюцинации в виде проволоки и нитей паутины, нарушается ощущение положения тела в пространстве.

Варианты делирия:

- **Гипнагогический делирий** ограничивается многочисленными чувственно-яркими сновидениями или зрительными образами, возникающими при засыпании, нерезким страхом и вегетативными симптомами. После пробуждения критика какое-то время отсутствует, а поведение нарушается. Длится 1—2 дня.
- **«Делирий без делирия»** возникает достаточно остро, протекает с суетливым возбуждением, временами с дезориентировкой в окружающей обстановке; сенсорные и бредовые расстройства рудиментарны или отсутствуют. Физические симптомы, в первую очередь выраженная потливость и тремор, постоянны. Длится 1—2 дня.
- **Систематизированный делирий** сопровождается развитием сценopodobных, последовательно сменяющихся зрительных галлюцинаций, содержанием которых чаще всего является оборона или погоня. Сочетается с выраженным бредом преследования и двигательным возбуждением (защита и нападение). Выход обычно литический, с резидуальным бредом.
- **Абортивный делирий** — развитие необильных, в ряде случаев единичных зрительных иллюзий и галлюцинаций, не создающих впечатления определенных или законченных ситуаций. Делириозная симптоматика чаще редуцирована, продолжается только несколько часов.
Пролонгированный (хронический) делирий длится на протяжении недель — 1—1½ мес. Обычно наблюдается у больных пожилого возраста, страдающих хроническими соматическими болезнями, или возникает у них при присоединении к делирию интеркуррентных заболеваний (пневмония).
- **Атипичный делирий.** Симптомы белой горячки сосуществуют с психическими автоматизмами или сопровождаются онейроидным помрачением сознания. В картине атипичного делирия все эти расстройства могут проявиться раздельно или одновременно.
- **Тяжелые лихорадочные, нередко смертельные делирии** неоднородны по структуре. В зрелом возрасте (после 40 лет), обычно впервые в жизни, возникает развернутый делирий. На 2—3-и сутки при непрекращающемся и интенсивном, несмотря на терапию, психозе резко ухудшается соматическое состояние со значительными перепадами артериального давления, тахикардией, аритмией, одышкой. В ряде случаев это совпадает с присоединением интеркуррентного заболевания (чаще пневмонии), и тогда температура повышается до 38—39°C. В течение суток после ухудшения соматического состояния на фоне продолжающегося психоза больной внезапно умирает при явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности (коллапс).

Острый галлюциноз развивается либо в период похмельного абстинентного синдрома, у женщин обычно с депрессивными расстройствами, либо во время запоя.

Начало, как правило, острое; реже в течение недель отмечаются тревога и бредовая настроенность. В дебюте возможны делириозные расстройства, однако чаще клиническая картина сразу определяется *слуховыми галлюцинациями*, вначале элементарными, но быстро принимающими характер монолога, диалога и, наконец, поливокального вербального галлюциноза. В одних случаях голоса обсуждают больного и он упоминается в третьем лице, в других — они адресуются самому больному. Непрестанно меняется содержание словесных галлюцинаций: разнообразные обвинения и угрозы, обсуждение былых проступков больного и форм наказания, включая жестокую расправу, которую он заслужил. В первую очередь имеются в виду пьянство и его последствия. Не прекращаются циничная брань, оскорбления в адрес больного. Нередко галлюцинации имеют издевательски-дразнящее содержание, но слышатся и защищающие голоса. Возникают споры с итогом чаще не в пользу больного. Голоса то усиливаются до крика, то ослабевают до шепота, то приближаются, то отдаляются. Галлюциноз обычно чувственно ярок и выразителен.

Больные пересказывают содержание слышимого с такой экспрессией и наглядностью, что создается впечатление, будто они видят отдельные сцены. При наплыве галлюцинаторных расстройств появляются непродолжительная *заторможенность и отрешенность* — галлюцинаторный ступор или субступор. *Бредовые идеи* тесно связаны по содержанию со слуховыми галлюцинациями, т. е. имеется галлюцинаторный бред. Эти идеи большей частью отрывочны и не систематизированы. Если в начале психоза галлюцинации вызывают удивление, недоумение или любопытство, то при развившемся галлюцинозе доминирует *аффект напряженной тревоги, страха, отчаяния*. Вначале больные двигательны возбуждены, спасаются бегством, в ряде случаев отчаянно обороняются обращаются к органам власти или совершают *суицидальные попытки*. Вскоре, однако, появляется, до известной степени, упорядоченное, маскирующее психоз поведение, создающее ложное представление об улучшении состояния. Этому способствует и сохранность у больных ауто- и аллопсихической ориентировки. Как правило, симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Развернутый острый алкогольный галлюциноз продолжается 2—4 нед.

Абортивный галлюциноз. Галлюцинации и бред неразвернуты в кратковременны (1—3 сут).

Атипичный острый галлюциноз. В структуре такого галлюциноза возникают явления психического автоматизма, онейроидного помрачения сознания.

Хронический галлюциноз.

Алкогольные галлюцинозы, в первую очередь атипичные, особенно сочетающиеся с выраженным делирием, в дальнейшем могут принять затяжное (месяцы или годы) и даже хроническое течение. Хронические алкогольные галлюцинозы в одних случаях сопровождаются усложнением позитивных расстройств, что придает галлюцинозу отчетливую шизофреноподобную структуру: присоединяются различные компоненты *психического автоматизма*, усложняется бред, вплоть до развития *парафренных состояний*, отличающихся, правда, значительной простотой (идеи переоценки и величия). Сходство с шизофренией в этих случаях увеличивается в связи с медленностью нарастания и часто незначительностью симптомов органического снижения. Вместе с тем и на отдаленных этапах заболевания у больных в какой-то мере сохраняются сознание болезни, доступность, апелляция к врачу, сочетающаяся с живостью моторики, склонностью к шуткам и аффективной индукции, что противоречит диагнозу шизофрении.

В других случаях хронический вербальный галлюциноз с течением времени начинает редуцироваться. Постепенно исчезают аффект тревоги и страха, психические автоматизмы, бредовые идеи. Уменьшаются число галлюцинаций, их неотвязность, интенсивность. Возникает картина изолированного, иногда моновокального, однообразного по содержанию галлюциноза. Иногда вербальные галлюцинации исчезают, а их место занимают элементарные — шум, звон, неясная музыка и т. д. Без дополнительных вредностей (в первую очередь алкогольных эксцессов) клиническая картина может не меняться годами. Алкогольные изменения психики невелики, органические изменения могут быть не глубже снижения личности, но нередко встречается астения.

АЛКОГОЛЬНЫЕ БРЕДОВЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкогольный параноид. На фоне похмельного абстинентного синдрома или запоя возникает бред преследования. Он развивается внезапно, реже после непродолжительного периода тревожных опасений и диффузной бредовой настроенности. Острый чувственный бред преследования, физического уничтожения сопровождается резко выраженной растерянностью, страхом или напряженной тревогой. Больные узнают преследователей чуть ли не в каждом встречном. В жестах, поступках и словах окружающих они видят угрозу своей жизни. Поступки больных импульсивные — они спрыгивают на ходу с транспорта, внезапно бросаются бежать, обращаются за помощью к органам власти, могут напасть на своих мнимых врагов, нанести себе телесные повреждения. В ряде случаев бред преследования сопровождается необильными вербальными иллюзиями и галлюцинациями, отдельными делириозными симптомами, возникающими вечером и ночью. Продолжительность психоза колеблется от нескольких дней до нескольких недель. Иногда алкогольный параноид затягивается на несколько месяцев. В этих случаях можно выявить бредовую тематику с тенденцией к несложной системе, а в структуре острого бреда - бред инсценировки и отдельные ложные узнавания. Отмечаются аффективные расстройства — преимущественно тревога и подавленность.

АЛКОГОЛЬНЫЕ БРЕДОВЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкогольный бред ревности (супружеской неверности) возникает, как правило, после 40 лет, на фоне выраженных алкогольных изменений личности. Вначале ревность появляется лишь в состояниях опьянения или похмелья. Со временем подозрения в неверности остаются и вне алкогольных эксцессов, постепенно формируется бред, систематизированный в узких границах. Объектом подозрений чаще является человек ближайшего окружения. «Обманутый» муж начинает следить за женой, обращается за помощью к органам власти и может применить к жене жестокое насилие, особенно если к бреду ревности присоединяются идеи отравления. Нередко бред ревности становится ретроспективным — бредовой переоценке подвергаются факты различной давности. Иногда бред супружеской неверности возникает после делирия, сопровождаемого сценами измены, поэтому речь может идти о резидуальном бреде, обычно не меняющемся в своем содержании, постепенно теряющем аффективную насыщенность и актуальность.

МЕТАЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА ФОНЕ ДРУГИХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Психозы на фоне шизофрении возникают при алкоголизме у больных с вялым течением процесса, при длительных ремиссиях после единичных приступов и относительно редко в дебютах бредовой шизофрении. Появление алкогольного психоза при шизофрении тем вероятнее, чем длительнее или массивнее злоупотребление алкоголем. Обычные формы алкогольных психозов при шизофрении — галлюциноз или острый параноид, начало которых, как правило, совпадает с развитием похмельного абстинентного синдрома. Однако в структуре этих психозов постоянны психические автоматизмы, сложные формы острого бреда (бред значения, интерметаморфозы) и систематизированного интерпретативного бреда, кататонические симптомы, выраженные депрессивные и окрашенные патетикой маниакальные расстройства. Делириозные состояния, если и возникают, то они или рудиментарны, или сочетаются с онейроидным помрачением сознания и вербальным галлюцинозом. Появление алкогольного, особенно с атипичной клинической картиной, психоза в возрасте до 25 лет всегда заставляет заподозрить шизофренический процесс. Продолжительность психозов варьирует от нескольких дней до недель и месяцев. Повторные психозы развиваются и тогда, когда злоупотребление алкоголем идет на убыль, в том числе и после однократных эксцессов после воздержания от алкоголя. Клиническая картина повторных психозов все больше напоминает шизофрению или даже неотличима от нее: галлюцинаторно-бредовые состояния, приступы острой парафрении, фантастического галлюциноза и т. п.

Психозы на фоне органических процессов и эпилепсии. Различные органические процессы, олигофрения, мягкая эпилепсия могут изменить симптоматику делирия и галлюциноза. Появляются более глубокие состояния помрачения сознания, в первую очередь онейроид, двигательные расстройства, напоминающие кататонические, психические автоматизмы, и более обычного длится резидуальный бред.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ — группа металкольных психозов, сопровождаемых: а) делириями, преимущественно тяжелыми, а также состояниями оглушения различной глубины; б) разнообразными картинами психоорганического синдрома, постоянно сочетающимися с системным, нередко преобладающим соматоневрологическим поражением.

Алкогольные энцефалопатии разделяются:

- **на острые (энцефалопатия Гайе—Вернике)** и
- **хронические (корсаковский психоз, алкогольный псевдопаралич)**, между которыми существуют переходные формы болезни.

Энцефалопатии развиваются на фоне многодневного пьянства или затяжных, продолжающихся месяцами, запоев. Наряду с водкой больные часто употребляют различные суррогаты, реже крепленые вина. Похмельные абстинентные симптомы выражены и продолжительны, нередко сопровождаются эпилептическими припадками. В 30—50% случаев в анамнезе отмечаются различные по форме делириозные состояния. Всегда выражены изменения личности и профессиональное снижение. Соматические расстройства постоянны: чаще хронический гастрит, реже энтероколиты, язвенная болезнь, цирроз печени и гепатиты.

Продромальный период длится от нескольких недель или месяцев до года и более. Он короче при острых и продолжительнее при хронических алкогольных энцефалопатиях. Нередко его начало приходится на весенние и первые летние месяцы. Появляется адинамическая астения. К пище, богатой белками и жирами, больные испытывают отвращение. Часто возникают тошнота и рвота, изжога, боли в животе. Поносы сменяются запорами. Снижение аппетита может достигать до анорексии. Нарастает физическое истощение. Постоянны нарушения сна — сонливость днем и бессонница ночью. В различных частях тела появляются парестезии. В икроножных мышцах, в пальцах рук и ног возникают судороги. Отмечается атаксия, нередко сопровождаемая головокружениями и интенционным тремором. Нередко ухудшается зрение.

Энцефалопатия Гайе—Вернике

Заболевают преимущественно мужчины от 30 до 50 лет, но описаны случаи заболевания и во втором десятилетии жизни. Вначале появляется делирий, для которого типичны скудность, отрывочность, однообразие и статичность зрительных галлюцинаций и иллюзий. Аффективные расстройства монотонны, бедны, лишены оттенков и напряженности, проявляются чаще всего тревогой. Двигательное возбуждение выражается в стереотипно повторяемых действиях в ограниченном пространстве, часто в пределах постели. Периодически могут возникать кратковременные состояния обездвиженности с напряжением мышц. Больные то однообразно выкрикивают отдельные слова, в том числе и произносимые окружающими, то невнятно бормочут. Речевой контакт с ними обычно невозможен. Бессвязность сближает эти начальные делириозные состояния с аменцией. Сходство нарастает по мере утяжеления делириозных расстройств и появления симптомов профессионального и особенно мусситирующего делирия. Спустя несколько дней клиническая картина видоизменяется; днем отмечается оглушение, вначале в форме сомнолентности, при утяжелении состояния достигающее сопора (так называемый псевдоэнцефалопатический синдром). В наиболее тяжелых случаях днем развивается коматозное состояние. К этому времени ночные делириозные расстройства исчезают.

Энцефалопатия Гайе—Вернике

Психические симптомы всегда сочетаются с *неврологическими и физическими нарушениями*. Ухудшению психического состояния неизменно сопутствует утяжеление соматического и неврологического статуса. Неврологические расстройства выражены, разнообразны и быстро меняются. Часто обращают на себя внимание фибриллярные подергивания мускулатуры губ и других мышц лица. Постоянны сложные гиперкинезы, в которых перемежаются дрожание, подергивание, хореоформные, атетоидные, миоклонические и баллистические движения. Возможны приступы торсионного спазма. Интенсивность, распространенность, проявления гиперкинезов различны. Так же изменчивы и нарушения мышечного тонуса в форме гипер- или гипотонии. Мышечная гипертония может возникать резкими приступами и быть столь интенсивной, что можно говорить о децеребрационной ригидности. Характерна так называемая оппозиционная гипертония — нарастание сопротивления при энергичных попытках изменить положение конечностей. Гипертония мышц нижних конечностей может сопровождаться гипотонией верхних конечностей и наоборот. Постоянны симптомы орального автоматизма: хоботковый рефлекс, сосательные и чмокающие движения, спонтанное выпячивание губ и хватательные рефлексy. Часто наблюдается атаксия. Глазные симптомы (нистагм, птоз, двоение, страбизм, сокращение полей зрения, неподвижный взгляд), а также зрачковые расстройства, напоминающие таковые при симптоме Аргайлла Робертсона (миоз, анизокория, ослабление реакции на свет вплоть до ее полного исчезновения, нарушения конвергенции), в своей совокупности обычно характеризуют развернутую, а иногда и терминальную стадию болезни. Наиболее ранний и постоянный глазной симптом — нистагм, чаще крупноразмашистый, горизонтальный, которым могут ограничиться все глазодвигательные нарушения. Как правило, наблюдаются гиперпатия, полиневриты с легкими паретическими явлениями и пирамидными знаками.

Энцефалопатия Гайе—Вернике

Соматические расстройства постоянны, изменчивы и разнообразны. Больные физически истощены, выглядят старше своих лет. У одних лицо одутловатое, у других — сальное. Кожа и слизистые оболочки бледны, склеры субиктеричны. Язык подергивается, малинового цвета, сосочки с краев сглажены. Гипертермия постоянна, а нередко и продолжительна. У одних больных с самого начала кожа сухая и шелушащаяся, у других, наоборот, первое время отмечается обильное, в виде капель росы, потоотделение, особенно ночью. Легко образуются обширные некротические пролежни. Постоянны нарушения сердечного ритма — тахикардия, аритмия, а также значительные колебания артериального давления. Дыхание учащается до 30—40 в минуту и более.

Печень может быть увеличена и болезненна. Нередко отмечается частый жидкий стул, а также неопрятность мочой и калом. При спинномозговой пункции в положении лежа возможно некоторое повышение давления жидкости — до 200—400 мм вод. ст., реже выше. В спинномозговой жидкости повышено количество белка — до 0,5—0,8‰ при нормальном цитозе. В крови лейкоцитоз.

Психические и соматические расстройства могут периодически подвергаться значительной редукции. Эти светлые промежутки продолжаются от одного до нескольких дней. Повторные ухудшения, которых может быть несколько, обычно легче и короче предшествующих. Наиболее ранний признак начинающегося выздоровления — глубокий сон, продолжающийся и днем. Психоз может длиться несколько недель. Нередким исходом энцефалопатии Гайе—Вернике является развитие психоорганического синдрома различной глубины и структуры, в том числе и корсаковского психоза. При энцефалопатии Гайе—Вернике смерть может наступить к концу 2-й недели, нередко в связи с присоединением интеркуррентных заболеваний, в первую очередь пневмонии.

Митигированная форма (энцефалопатия средней тяжести). Наблюдаются легкая сомнолентность днем и нетяжелая делириозная симптоматика ночью либо подавленно-дисфорическое настроение и разнообразные ипохондрические жалобы. Соматоневрологические расстройства постоянны, но незначительны.

Молниеносно текущая форма. С самого начала развиваются профессиональный или мусситирующий делирий и одновременно массивная соматоневрологическая симптоматика. Повышение температуры до 40—41°C. Через день или несколько дней развивается коматозное состояние. Смерть наступает чаще на 3—6-й день болезни.

Корсаковский психоз (алкогольный паралич, полиневритический психоз).

Среди заболевших преобладают женщины. Обычно этому синдрому *предшествует тяжелый алкогольный делирий*. Значительно реже, в первую очередь у пожилых больных, заболевание развивается постепенно. Психические расстройства определяются амнезией, дезориентировкой и конфабуляциями. *Амнезия (фиксационная)* может достигнуть различных степеней. Часто отмечается ретроградная амнезия, охватывающая периоды от нескольких дней до многих лет. *Конфабуляции* часто возникают при расспросах больных, а не спонтанно; по своему содержанию это рассказы о фактах обыденной жизни или ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью. Изредка встречаются конфабуляции в виде сложных фантастических сообщений о разных происшествиях и приключениях. Специально задаваемыми вопросами нередко удается направить конфабуляторные высказывания больных в определенную сторону. Множественные, в том числе и фантастические, конфабуляции встречаются при незначительных расстройствах памяти и, наоборот, могут быть бедными и однообразными при массивных мнестических расстройствах. С фиксационной амнезией и конфабуляциями тесно связана *амнестическая дезориентировка* или *ложная ориентировка* больных в месте, времени и окружающих лицах. Отмечаются вялость, пассивность, снижение побуждений, повышенная утомляемость. Мимика и моторика обеднены и замедлены. Вялость и апатия иногда сменяются периодами раздражения или тревожного беспокойства с ипохондрическими опасениями.

Корсаковский психоз (алкогольный паралич, полиневритический психоз).

Психические изменения значительно выражены у пожилых больных. Лица молодого и среднего возраста обычно живее, подвижнее, проявляют больше интереса к окружающему, в том числе к различным занятиям. В большом объеме сохраняются прежние навыки и знания, вплоть до сложных. Фон настроения может быть с оттенком эйфории. Известное сознание болезни, в частности мнестических расстройств, отмечается у всех больных. Об этом свидетельствуют не только их жалобы, но и нередкое стремление скрыть нарушения памяти различными, хотя и весьма примитивными, приемами. *Неврологические симптомы* проявляются обычно в форме невритов, сопровождаемых более в менее выраженными атрофиями мышц конечностей, нарушениями чувствительности, ослаблением или даже отсутствием (реже повышением) сухожильных рефлексов. Параллелизма в тяжести психических и неврологических расстройств часто нет: тяжелые психические расстройства бывают при легком полиневрите. Болезнь течет чаще регрессиентно, особенно в молодом и среднем возрасте. У женщин чаще, чем у мужчин, отмечается значительное улучшение.

Алкогольный псевдопаралич

Развивается преимущественно у мужчин. Психические и неврологические расстройства аналогичны таковым при прогрессивном параличе. Постоянно резкое снижение уровня суждений, отсутствие критики к самому себе и окружающему, эйфория и вместе с тем идеи переоценки или бред величия. Расстройства памяти той или иной степени постоянны. *Неврологические симптомы:* тремор пальцев, языка, мимической мускулатуры, зрачковые расстройства, близкие к тем, что встречаются при симптоме Аргайлла Робертсона (отличие заключается в ослаблении конвергенции), дизартрия, изменения сухожильных рефлексов, судорожные припадки.

Алкогольная депрессия чаще возникает в рамках похмельного абстинентного синдрома, в период смягчения или исчезновения соматических расстройств. Преобладает подавленно-тревожное, со слезливостью, или дисфорическое настроение. Могут возникать идеи самоуничтожения. Состояния витальной тоски, в том числе депрессивная деперсонализация, редки. К алкогольной депрессии можно отнести и психогенно возникающие, особенно на фоне похмелья, депрессивные реакции. Алкогольная депрессия продолжается от нескольких дней до 1—2 нед и требует от врача особенной осторожности: больные, особенно женщины, часто совершают суициды.

Алкогольная эпилепсия. Симптоматическая (токсическая) эпилепсия. Эпилептиформные припадки единичны или множественны, чаще возникают в первые дни похмельного абстинентного синдрома, в дебюте или во время алкогольного делирия, перед началом острой алкогольной энцефалопатии Гайе—Вернике, редко во время запоя. Малых припадков, абсансов, аур при алкогольной эпилепсии не бывает. Определяются изменения личности, характерные для алкоголизма. Прекращение пьянства влечет за собой исчезновение припадков.

Дипсомания — периодически возникающая особая форма запойного пьянства. Встречается у лиц, не страдающих алкоголизмом. Запою предшествуют дисфорическое настроение, физическое недомогание, бессонница, потеря аппетита, головные боли. Несмотря на приемы значительных количеств алкоголя (до 1 л водки в сутки и более), физические и психические симптомы опьянения могут быть незначительными. Запой продолжается от нескольких дней до 2—3 нед. Во время запоя может возникнуть дромомания. Окончание запоя обычно внезапное, может появиться отвращение к алкоголю. После запоя нередко бывает повышение настроения с неутомимой и продуктивной деятельностью. Дипсомания может возникать у психопатических личностей, на фоне эндокринного психосиндрома и в стертых случаях некоторых психических заболеваний — эпилепсии, шизофрении и циклотимии. Это очень редкая форма болезни. За истинную дипсоманию обычно принимают псевдодипсоманию, т. е. пьянство в виде запоев во второй и особенно в третьей стадиях алкоголизма.

Классификация МКБ - 10 (Приказ МЗ РФ № 140 от .04.1998)

1. Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение) в тяжелой степени

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.0.

Симптомы: угнетение сознания (глубокая оглушенность, сомноленция или кома), нарушение вегетативных функций (артериальная гипотензия, гипотермия, бледность или синюшность кожи и слизистых), пассивное положение тела.

2.Злоупотребление алкоголем (употребление с вредными последствиями для здоровья)

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.1

Сюда относится систематическое потребление алкоголя на протяжении последних 12 месяцев, влекущие ущерб физическому здоровью, но не сопровождающиеся формированием зависимости от алкоголя. Негативные социальные последствия здесь не рассматриваются.

3. Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) - начальная стадия, фаза обострения

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.2.4.1.

Признаки начальной стадии зависимости от алкоголя: патологическое влечение к алкоголю без сформированного абстинентного синдрома, повышение толерантности к алкоголю, компенсируемые неврастенические и психопатоподобные расстройства.

4. Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) начальная стадия, фаза поддерживающего лечения

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.2.2.1.

Признаки патологического влечения в алкоголь, поиск ситуации, связанной с приемом спиртного, нестабильность настроения.

5. Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) средняя стадия, фаза обострения, абстинентный синдром, степень тяжести - легкая

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.2.4.2., F 10.3.

Симптомы: астения, неустойчивость эмоций, потливость, прерывистый сон, плохой аппетит, легкий тремор рук, пониженное настроение, навязчивое влечение к алкоголю.

6. Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) - средняя стадия, фаза обострения, абстинентный синдром, степень тяжести - средняя

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.2.4.2, F 10.3.

Симптомы: разбитость, слабость, потливость, сердцебиение, головокружение, головная боль, беспокойный сон, отсутствие аппетита, жажда, метеоризм, подавленность, раздражительность, тревога, тремор рук, век, языка, слабо контролируемое влечение к алкоголю.

7. Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) - средняя стадия, фаза обострения, абстинентный синдром, тяжелая степень

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.2.4.2, F 10.3.

Симптомы: выраженная слабость, затрудненный контакт, бессонница, ночные страхи, эпизодические иллюзии и галлюцинации, идеи виновности и отношения, головная боль, головокружение, тремор всего тела, тревога, двигательное беспокойство, потливость и озноб, сердцебиение, тошнота, активное влечение к алкоголю.

8. Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) - средняя стадия, период поддерживающего лечения

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.2.2.2.

Устойчивое удовлетворительное соматическое и психическое состояние, жалобы соматического характера на самочувствие. Формально - отсутствие патологического влечения к алкоголю. Пассивное выражение установок на трезвый образ жизни.

9. Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) - конечная стадия, фаза обострения, алкогольный абстинентный синдром в тяжелой степени (легкие и средней тяжести расстройства для конечной стадии не характерны)

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.2.4.3, F 10.3.

Симптомы: мерцающая дезориентация, затрудненный контакт, бессонница, страхи, эпизодические иллюзии и галлюцинации, идеи виновности и отношения, головная боль, головокружение, тремор всего тела, тревога, двигательное беспокойство, потливость и озноб, сердцебиение, тошнота, активное влечение к алкоголю.

10. Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) - конечная стадия; терапевтическая ремиссия на фоне приема аверсивных средств

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.2.3.3.

Частичная редукция соматических и неврологических симптомов, стойкие психопатологические расстройства. Формальные установки на лечение и на трезвость.

11. Состояние отмены алкоголя с делирием (алкогольный делирий, белая горячка)

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.4.

Острое психотическое расстройство, дезориентация в месте нахождения и в собственной личности

12. Алкогольное психотическое расстройство, преимущественно галлюцинаторное (острый и подострый алкогольный галлюциноз)

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.5.2.

Острое психотическое расстройство, выраженное двигательное беспокойство, попытка участвовать в болезненных переживаниях, страх

13. Алкогольное психотическое расстройство, преимущественно бредовое (алкогольный параноид, алкогольная паранойя, алкогольный бред ревности)

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.5.1.

Острое психотическое расстройство, бред отношения, преследования, страх.

14. Алкогольное психотическое расстройство, преимущественно полиморфное, с исходом в амнестический синдром (алкогольная энцефалопатия, корсаковский психоз)

Шифр Международной классификации болезней (МКБ-10) - F 10.5.3., F 10.6.

Непонимание больным места нахождения, неадекватное поведение и непродуктивный контакт. Слуховые и зрительные галлюцинации. Исчезает способность запоминать недавние события. Многие забывают, что они женаты и имеют детей. С лицами, которые появились в его жизни в период развития психоза, общаются, как будто видит впервые. В результате начавшейся атрофии периферических нервов больному часто кажется, что по нему бегают крысы и ползают пауки.

Наркомании и токсикомании

Клинические формы рассматриваемых заболеваний выделяют по активному веществу, которым злоупотребляет больной:

- ***Опийная наркомания.***
- ***Наркомания, обусловленная злоупотреблением препаратами конопли***
- ***Злоупотребление седативно-снотворными средствами:***
наркомании, вызванные снотворными;
токсикомании, обусловленные злоупотреблением
транквилизаторами

Наркомании и токсикомании

Злоупотребление психостимуляторами:

- амфетаминовая наркомания;
- злоупотребление кустарными препаратами эфедрина и эфедринсодержащих смесей;
- кокаиновая наркомания;
- злоупотребление кофеином.

Наркомании и токсикомании

Злоупотребление галлюциногенами:

- действие мескалина и псилоцибина;
- злоупотребление ЛСД;
- злоупотребление фенциклидином;
- злоупотребление холинолитиками:
 - токсикомания, вызванная атропиноподобными средствами;токсикомания при использовании антигистаминных препаратов;
циклодоловая токсикомания.

Токсикомания, обусловленная вдыханием летучих органических растворителей.

Полинаркомании, осложненные наркомании, политоксикомании.

Наркомании и токсикомании

Клинические проявления и закономерности течения

Основой формирования наркомании и токсикоманий является эйфория - субъективный положительный эффект от действия употребляемого вещества.

Термин «эйфория», употребляемый в наркологии, не совсем соответствует психопатологическому понятию эйфории, которое определяется как повышенное благодушное настроение, сочетающееся с беспечностью и недостаточной критической оценкой своего состояния.

Эйфория при употреблении наркотических веществ характеризуется не только подъемом эмоционального фона, безмятежным, благодушным настроением, но и определенными психическими и соматическими ощущениями; иногда сопровождается изменениями мышления, расстройствами восприятия, а также нарушениями сознания различной степени. Причем каждому наркотику свойственна своя эйфория. В этом случае правильнее говорить о наркотическом опьянении или интоксикации.

Однако термин "эйфория" принят в отечественной наркологической литературе.

Наркомании и токсикомании

При первых приемах наркотиков могут наблюдаться защитные реакции организма — зуд, тошнота, рвота, головокружение, профузный пот. При последующих приемах наркотиков эти реакции исчезают. В процессе наркотизации изменяются качество и выраженность эйфории. На определенном этапе даже повышение доз наркотика уже не вызывает желаемого эффекта и эйфории как таковой не возникает. Наркотик употребляется только для того, чтобы предотвратить развитие абстинентного синдрома и восстановить работоспособность и жизнедеятельность. В связи с этим выделяют «**позитивную**» и «**негативную**» эйфорию [Пятницкая И.Н., 1994].

Позитивная эйфория - состояние, которое наблюдается на начальных этапах наркотизации.

Негативная эйфория наблюдается у «старых» наркоманов. Это состояние интоксикации, когда наркотики лишь снимают субъективно тягостные ощущения и выравнивают явления дискомфорта, при этом приятных ощущений не возникает.

Качество эйфории зависит и от способа введения наркотика (она более выражена при внутривенном введении препарата), внешнего вмешательства, соматического и психического состояния лиц, употребивших наркотик, эмоционального фона, при некоторых формах зависимости — от установки на получаемый эффект.

Наркомании и токсикомании

В клинической картине ***наркомании и токсикоманий*** представлены три основных синдрома:

- ***психическая зависимость,***
- ***физическая зависимость***
- ***толерантность.***

Психическая зависимость — это болезненное стремление непрерывно или периодически принимать наркотический или другой психоактивный препарат с тем, чтобы испытать определенные ощущения либо снять явления психического дискомфорта. Она возникает во всех случаях систематического употребления наркотиков, но может быть и после однократного их приема; является самым сильным психологическим фактором, способствующим регулярному приему наркотиков или других психоактивных средств, препятствует прекращению наркотизации, обуславливает появление рецидивов заболевания.

Наркомании и токсикомании

Клинические проявления и закономерности течения

Психопатологически психическая зависимость представлена патологическим влечением к изменению своего состояния посредством наркотизации.

Выделяют:

- ***психическое (психологическое, obsessивное) и***
- ***компульсивное влечение.***

Психическое влечение характеризуется постоянными мыслями о наркотике, которые сопровождаются подъемом настроения, оживлением в предвкушении его приема, подавленностью, неудовлетворенностью в отсутствии такового. Поскольку мысли о наркотике часто носят навязчивый характер, это дало основание некоторым авторам [Пятницкая И.Н., 1975, 1994] обозначить психическое влечение как obsessивное. Психическое влечение может сопровождаться борьбой мотивов и частичной критикой, но может быть и неосознанным, проявляться в изменении настроения и поведении больных. В зависимости от препарата, которым злоупотребляет пациент, психическое влечение может быть постоянным, периодическим или циклическим. Оно может актуализироваться под влиянием различных ситуационных или психогенных факторов.

Компульсивное влечение характеризуется неодолимым стремлением к наркотизации с тотальной охваченностью больного в его стремлении получить наркотик, может сопровождаться суженным сознанием, полным отсутствием критики, определяет поведение, поступки больных, мотивацию их действий. В апогее компульсивное влечение может характеризоваться психомоторным возбуждением. Специфичность симптоматики утрачивается. Клиническая картина оказывается общей для всех форм наркомании. Утрачиваются индивидуальные личностные особенности больного. Поведение наркоманов становится сходным независимо от индивидуальных преморбидных особенностей личности и социальных установок. Для компульсивного влечения характерны не только психические, но и соматоневрологические нарушения: расширение зрачков, гипергидроз, сухость во рту, гиперрефлексия, тремор [Найденова Н.Г., 1975].

Наркомании и токсикомании

Клинические проявления и закономерности течения

Физическая зависимость — это состояние перестройки всех функций организма в ответ на хроническое употребление психоактивных препаратов. Проявляется выраженными психическими и соматическими нарушениями при прекращении приема наркотика или при нейтрализации его действия специфическими антагонистами. Эти нарушения обозначаются как абстинентный синдром, синдром отмены или синдром лишения (англ, withdrawal syndrom). Они облегчаются или полностью купируются новым введением того же наркотика либо вещества со сходным фармакологическим действием. Физическая зависимость подкрепляет влияние психической зависимости и является сильным фактором, определяющим непрерывное использование наркотических препаратов или возврат к их употреблению после попытки прекращения приема. Клинические проявления абстинентного синдрома при разных видах наркомании и токсикоманий различны. Сроки формирования физической зависимости (абстинентного синдрома), как и его продолжительность при разных видах наркомании и токсикоманий, также различны и зависят от темпа наркотизации, употребляемых доз, способа введения наркотика. Абстинентный синдром развивается на протяжении определенного отрезка времени. При этом наблюдается последовательность появления той или иной симптоматики, характерной для отдельных видов наркомании.

Выделяют **«острый»** период абстинентного синдрома, когда в наибольшей степени выражена и развернута вся симптоматика, характерная для данного вида наркомании (токсикоманий) и **«отставленный»** период абстинентного синдрома или так называемый период неустойчивого равновесия [Пятницкая И.Н., 1994], когда на первый план выступают астенические, аффективные нарушения и расстройства поведения. Иногда через несколько недель или даже месяцев после прекращения наркотизации у больных опиийной наркоманией может появиться **симптоматика, характерная для острого абстинентного синдрома**. Это состояние обозначается как **псевдоабстиненция**, или **сухая абстиненция**.

Псевдоабстиненция обычно приводит к возобновлению патологического влечения к наркотикам и способствует возникновению рецидивов. Физическая зависимость (абстинентный синдром) развивается в процессе хронического употребления не всех наркотических препаратов.

Наркомании и токсикомании

Клинические проявления и закономерности течения

Толерантность. Под ***толерантностью*** подразумевается состояние адаптации к наркотическим или другим психоактивным веществам, характеризующееся уменьшенной реакцией на введение того же количества наркотика, когда для достижения прежнего эффекта требуется более высокая доза препарата. Через определенное время после начала систематического употребления наркотиков первоначальная доза перестает оказывать желаемое действие, и больной вынужден повышать дозу. В дальнейшем и эта доза становится недостаточной и возникает потребность в еще большем ее увеличении. Происходит рост толерантности. При этом организм наркомана может переносить дозы наркотика, значительно превышающие терапевтические, а в отдельных случаях и смертельные для здорового человека. У опиоманов, например, толерантность может превышать физиологическую в 100—200 раз. Рост толерантности сопровождается подавлением защитных реакций организма (исчезновение рвоты, кашля и пр.). Повышение толерантности может проявляться как в увеличении разовых доз, так и в увеличении частоты приема наркотиков.

Плато толерантности. На определенном этапе развития наркомании толерантность достигает максимума и длительное время остается постоянной. Больной в этот период принимает наивысшие для него дозы наркотика. Дальнейшее увеличение доз уже не вызывает эйфории и может привести к передозировке. Снижение толерантности. У больных с большой длительностью заболевания наступает период, когда они не могут переносить прежние высокие дозы наркотика и вынуждены их снижать; увеличение дозы вызывает передозировку. В ряде случаев, когда больные решили прервать наркотизацию, они искусственно снижают дозу наркотика, чтобы легче перенести состояние абстиненции. После периода воздержания от наркотиков эйфорию вызывают более низкие дозы наркотических веществ (на жаргоне наркоманов это называется "омолодиться").

Перекрестная толерантность — толерантность, возникающая при приеме одного вещества, распространяющаяся на другие препараты, которые больной ранее не принимал. Это наблюдается при сочетанном приеме двух психоактивных веществ. Наиболее ярким примером перекрестной толерантности являются случаи, когда больные хроническим алкоголизмом начинают злоупотреблять седативными препаратами (в частности, барбитуратами или транквилизаторами).

Наркомании и токсикомании

Клинические проявления и закономерности течения

Течение. Обычно развитие наркомании начинается с этапа эпизодического приема психоактивных препаратов, т.е. их употребления от случая к случаю. В этот период нет определенного ритма наркотизации и изменения толерантности к психоактивным веществам. Вместе с тем по прошествии определенного времени после начала эпизодического приема наркотиков, а ряде случаев уже после его первых проб может формироваться психическая зависимость, способствующая продолжению наркотизации. **В дальнейшем они употребляют наркотики регулярно и при этом начинает расти толерантность к ним.** Хотя физическая зависимость еще не сформирована. Этот период обозначают как начальную (I) стадию наркомании. При продолжении наркотизации продолжает расти толерантность и формируется физическая зависимость. К этому периоду толерантность становится максимальной — наступает плато толерантности; меняется качество эйфории. Это развернутая (II стадия) заболевания. При длительной наркотизации больные перестают переносить прежние высокие дозы наркотика, толерантность к ним снижается, эйфория исчезает. Только введение наркотика поддерживает организм в более или менее комфортном состоянии. Изменяется характер и абстинентного синдрома в сторону наибольшей выраженности соматоневрологических расстройств. Это конечная (III стадия) наркомании. Следует, однако, подчеркнуть, что четкое деление наркомании и токсикоманий на стадии возможно не при всех их формах. Даже при опийной и барбитуровой наркоманиях, при которых были выделены эти стадии [Морозов Г.В., Боголепов Н.Н., 1984; Пятницкая И.Н., 1994], четкое их разграничение не всегда возможно.