

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра социальной работы и реабилитологии

СОГЛАСОВАНО

Председатель УМК ГИУСТ БГУ

Т. В. Борздова
«18» мая 2016 г.

СОГЛАСОВАНО

Директор ГИУСТ БГУ

П. И. Бригадин
2016 г.

№ 482
от 24.06.2016

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

для специальности: 1-86 01 01 «Социальная работа» (по
направлениям)

Составитель: Котова В.С., старший преподаватель кафедры социальной
работы и реабилитологии

Рассмотрено и утверждено

на заседании совета

протокол № 8

23 июня

2016 г.,

ОГЛАВЛЕНИЕ

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА.....	3
РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....	14
МОДУЛЬ 1. РЕАБИЛИТАЦИЯ В НАРКОЛОГИИ	14
Тема 1. Заболевания, связанные с употреблением психоактивных веществ, в МКБ-10. Принципы реабилитации наркологических больных.	14
Тема 2. Состояние зависимости от алкоголя. Реабилитация зависимых и созависимых.	24
Тема 3. Состояние зависимости от амфетаминов, реабилитация зависимых.	33
Тема 5. Диагностика и лечение зависимости от опиоидов, каннабиноидов, реабилитация зависимых.	42
Тема 6. Зависимость от бензодиазепинов, реабилитация зависимых.	52
Тема 7. Злоупотребление летучими наркотически действующими веществами (ЛНДВ), реабилитация зависимых.	55
Тема 8. Злоупотребление препаратами, не вызывающими зависимости.	57
МОДУЛЬ 2. РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ	66
Тема 1. Психиатрия как наука, ее место среди других медицинских и социальных дисциплин. Принципы реабилитации психически больных.	66
ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ	70
Тема 2. Расстройство ощущений и восприятия.	70
Тема 3. Расстройства мышления и речи.	72
Тема 4. Память, внимание, их расстройства.	74
Тема 5. Интеллект и его нарушения.	76
Тема 6. Эмоции, их расстройства.	78
Тема 7. Воля, двигательно-волевые расстройства.	81
Тема 8. Сознание и его расстройства.	83
Тема 9. Общая синдромология психических расстройств.	85
Тема 10. Психические нарушения при инфекциях и соматических заболеваниях. Нарушения психики в предстарческом и старческом возрасте. Принципы реабилитации.	88
Тема 12. Аффективные расстройства. Реабилитация при депрессии и парасуициде.	103
Тема 13. Шизофрения. Принципы реабилитации.	106
Тема 14. Психогенные психические расстройства. Реабилитация при неврозах.	111
Тема 15. Расстройства личности (психопатии). Подходы к реабилитации.	115
Тема 16. Реабилитация психически больных.	119

РАЗДЕЛ II. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ	137
2.1. ЛАБОРАТОРНЫЕ ЗАНЯТИЯ	137
Модуль 1. Реабилитация в наркологии	137
Модуль 2. Реабилитация в психиатрии	139
РАЗДЕЛ 2.2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ	142
МОДУЛЬ 1. РЕАБИЛИТАЦИЯ В НАРКОЛОГИИ	142
МОДУЛЬ 2. РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ	143
РАЗДЕЛ III. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ	146
РАЗДЕЛ IV. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ	150

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Дисциплина «Реабилитация в психиатрии и наркологии» представляет собой интегративный курс и состоит из двух модулей:

1. Реабилитация в наркологии;
2. Реабилитация в психиатрии;

Модуль Реабилитация в наркологии

Цель преподавания дисциплины: получение знаний в области заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Программа предполагает приобретение будущими специалистами по социальной работе современных знаний об этиологии и патогенезе зависимостей от алкоголя и наркотиков, новых методах диагностики, лечения и профилактики данных заболеваний с акцентом на реабилитацию больных наркологического профиля.

Задачи изучения дисциплины: обучение методикам распознавания и дифференцировки больных с зависимостью от алкоголя, опиоидов, амфетаминов, курительных смесей и других ПАВ, а также современным методикам реабилитации таких больных. Излагаемые методы лечения, обследования и реабилитации соответствуют рекомендациям ВОЗ и Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Курс содержит теоретическую часть и практическую. Лекции читаются в оборудованных проекционной техникой аудиториях. Практические и лабораторные занятия проводятся в учебных аудиториях, в отделениях Республиканского научно-практического центра психического здоровья и Минского городского клинического наркологического диспансера. В процессе контроля знаний используются собеседование или письменный контроль по избранным разделам. Формой итоговой аттестации является зачет.

В результате изучения курса «Реабилитация в наркологии» студент должен знать основные типы зависимостей от психоактивных веществ, иметь представление о диагностике, терапевтических тактиках и системах реабилитации зависимых от психоактивных веществ. Студенты должны уметь применить скрининговые методики для распознавания проблем зависимости от различных видов ПАВ.

Модуль Реабилитация в психиатрии

Специалист по социальной работе должен иметь представление об основных проявлениях широко распространенных психических расстройств, встречающихся в его практической деятельности.

Целью курса является получение теоретических знаний о психических расстройствах, имеющих как медицинский, так и социальный аспекты, способах и методах реабилитации психически больных, а также овладение навыками выявления психических нарушений, навыками общения с такими больными и решение практических вопросов их семейной и социальной жизни в реабилитационном аспекте.

Цель преподавания дисциплины: дать теоретические знания и практические навыки в области клинических признаков неотложных состояний, методов доврачебной помощи при них и последующей тактики; приобретение навыков ухода и надзора за психически больными инвалидами, решения их бытовых и социальных нужд; освоение клинической систематики симптомов, синдромов психических болезней для понимания врачебных заключений о нуждаемости человека в социальной помощи и защите, медицинской и социальной реабилитации.

Задачи изучения дисциплины - это овладение современным уровнем знаний о распространенности, классификации психических расстройств, организации помощи психически больным, реабилитации больных данной категории согласно законодательным документам, регламентирующим оказание психиатрической помощи в нашей стране, а также место в ней социального работника; изучение биологических, психологических и социальных причин психических нарушений, возрастной динамики их формирования, развития, течения и исхода в контексте ущерба наносимого психической болезнью функционированию личности в обществе.

Курс содержит теоретическую часть и практическую. Лекции читаются в оборудованных проекционной техникой аудиториях. Практические и лабораторные занятия проводятся в учебных аудиториях, в отделениях РНПЦ психического здоровья. В процессе контроля знаний используются собеседование или письменный контроль по избранным разделам. По итогам изучения курса сдается экзамен.

Студенты после изучения дисциплины должны знать:

- Этиологию психических заболеваний и состояний зависимости от ПАВ
- Эпидемиологию психических заболеваний и состояний зависимости от ПАВ
- Возможности реабилитации лиц с психическими заболеваниями и состояниями зависимости от ПАВ

- Методики распознавания и дифференцировки больных с различными видами зависимости от алкоголя, опиоидов, амфетаминов, курительных смесей и других ПАВ

- Особенности коммуникаций с лицами зависимыми от ПАВ и с психически больными

уметь:

- Применить различные скрининговые методики для распознавания проблем зависимости от различных видов ПАВ

- Провести краткосрочную интервенцию при злоупотреблении ПАВ.

владеть:

- Методиками скрининга лиц с различными видами зависимости от алкоголя, опиоидов, амфетаминов, курительных смесей и других ПАВ

- Методиками, направленными на реабилитацию лиц с психическими расстройствами и зависимостью от ПАВ

Модуль 1. Реабилитация в наркологии

Тема 1. Заболевания, связанные с употреблением психоактивных веществ, в МКБ-10. Принципы реабилитации наркологических больных.

Основные принципы классификации и диагностические критерии. Правила интервьюирования пациентов. Короткая интервенция при злоупотреблении алкоголем. Основные методы исследования в наркологии. Основные задачи наркологии как науки и как медицинской дисциплины. Организация наркологической помощи в Республике Беларусь. Юридический аспект наркологии.

Необходимость взаимодействия органов здравоохранения, социальной защиты, средств массовой информации, правоохранительных органов в профилактике наркомании и алкоголизма. Комплексный подход – основа профилактики. Общественные организации в профилактике алкоголизма и наркомании. Принципы реабилитации наркологических больных.

Тема 2. Состояние зависимости от алкоголя. Реабилитация зависимых и созависимых.

Эпидемиология алкогольной зависимости. Физиологические механизмы действия алкоголя.

Клиника алкогольной зависимости. Методы диагностики. Синдром отмены

алкоголя неосложненный. Синдром отмены алкоголя с судорогами. Синдром отмены алкоголя с делирием. Острые алкогольные психозы. Алкогольный корсаковский синдром, алкогольная деменция. Хронический алкогольный галлюциноз. Алкогольный бред ревности. Энцефалопатия Гайе-Вернике. Алкогольная полинейропатия. Поражение внутренних органов при алкогольной зависимости. Основные этапы лечения алкогольной зависимости. Психотерапия и реабилитация при алкогольной зависимости. Группы анонимных алкоголиков. Первичная профилактика алкогольной зависимости. Организация лечения пациентов с алкогольной зависимостью. Созависимость.

Тема 3. Состояние зависимости от амфетаминов, реабилитация зависимых.

История немедицинского употребления амфетаминов. Эпидемиология употребления амфетаминов. Классификация и механизмы действия амфетаминов. Клиника амфетаминовой зависимости. Методы диагностики. Синдром отмены амфетаминов. Острое отравление амфетаминами. Психозы при амфетаминовой зависимости. Марганцевая энцефалопатия при употреблении самодельных амфетаминов. Основные этапы лечения амфетаминовой зависимости. Психотерапия и реабилитация.

Тема 4. Психотомиметики, реабилитация зависимых.

История употребления психотомиметиков. Эпидемиология употребления психотомиметиков. Классификация и механизмы действия психотомиметиков. Мескалин, псилоцибин, ЛСД, диметилтриптами́н, кетамин, фенциклидин, декстрометорфан.

Тема 5. Диагностика и лечение зависимости от опиоидов, каннабиноидов, реабилитация зависимых.

История немедицинского употребления опиоидов. Эпидемиология опиоидной зависимости. Классификация и механизмы действия опиоидов. Клиника опиоидной зависимости. Методы диагностики. Синдром отмены опиоидов. Сопутствующие психические и соматические заболевания при опиоидной зависимости. Основные этапы лечения опиоидной зависимости. Лечение синдрома отмены опиоидов. Психотерапия и реабилитация при опиоидной зависимости. Первичная профилактика опиоидной зависимости. Стратегии снижения вреда. Лечение сопутствующих заболеваний при опиоидной зависимости. Заместительная терапия опиоидной зависимости. Каннабиноиды: эффекты применения и последствия.

Тема 6. Зависимость от бензодиазепинов, реабилитация зависимых.

Физиологические механизмы действия бензодиазепинов. Основные бензодиазепины, применяемые в медицине. Клиника зависимости от бензодиазепинов. Методы диагностики. Синдром отмены бензодиазепинов. Основные этапы лечения зависимости от бензодиазепинов. Лечение синдрома отмены бензодиазепинов. Психотерапия при зависимости от бензодиазепинов. Первичная профилактика зависимости от бензодиазепинов.

Тема 7. Злоупотребление летучими наркотически действующими веществами (ЛНДВ), реабилитация зависимых.

Классификация ЛНДВ. Клиника злоупотребления и зависимости от ЛНДВ. Основные предрасполагающие факторы. Профилактика и лечение злоупотребления и зависимости от ЛНДВ.

Тема 8. Злоупотребление препаратами, не вызывающими зависимость.

Основные предрасполагающие факторы. Мочегонные, слабительные, аноректики, препараты для лечения головной боли. Клиника хронических форм головных болей – мигрени, головной боли напряжения. Абузусная головная боль при злоупотреблении анальгетиками. Злоупотребление анаболическими стероидами. Профилактика злоупотребления, меры помощи при злоупотреблении препаратами, не вызывающими зависимость.

Модуль 2. Реабилитация в психиатрии

Тема 1. Психиатрия как наука, ее место среди других медицинских и социальных дисциплин. Принципы реабилитации психически больных.

Определение связи психиатрии с философией, психологией, социологией. Мозг как субстрат психической деятельности. Психогигиена, психопрофилактика. Психотерапия. Реабилитация.

Социальные последствия психической болезни как мотивационная установка к освоению курса «Реабилитация в психиатрии».

Организация психиатрической помощи населению.

Амбулаторная психиатрическая помощь (психоневрологические диспансеры, кабинеты). Стационарная психиатрическая помощь (психиатрические больницы, дневные стационары). Скорая психиатрическая помощь. Дома-интернаты для психически больных инвалидов. Вопросы

военной, трудовой и судебной экспертизы психически больных. Правовые аспекты психиатрии.

Определение понятия «психическое заболевание».

Относительность понятия «норма» в возрастном, половом, историческом, социальном и культурально-экономическом контекстах. Общая типология и систематика форм психических болезней. Международная классификация психических заболеваний. Распространенность различных форм психических заболеваний.

Биологические, психологические, социальные и культуральные предпосылки формирования психических болезней.

Роль «минимальной мозговой дисфункции», травм и интоксикаций в раннем возрасте. Влияние метаболических, алиментарных и гормональных влияний на формирование болезней психики. Роль генетики и средовых влияний в психопатологии. Психологическое влияние раннего детского опыта и семейного окружения. Понятие «нозос» и «патос» в психопатологии. Симптом, синдром и болезнь (нозологическая форма). Методы исследования в психиатрии.

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Тема 2. Расстройство ощущений и восприятия.

Определение ощущения и восприятия. Патология ощущений (анестезия, гиперестезия, гипоестезия, парестезия, сенестопатия). Иллюзии. Галлюцинации, псевдогаллюцинации, приемы выявления, тактика поведения социального работника при их обнаружении. Психосенсорные расстройства. Агнозии. Учет социальным работником особенностей ощущений и восприятия слепых и глухих в реабилитационном аспекте.

Тема 3. Расстройства мышления и речи.

Определение мышления, его виды. Патология мышления: (ускоренное, замедленное, обстоятельное, разорванное, резонерство, амбивалентность, аутизм, шперрунг, ментизм). Сверхценные идеи, навязчивые идеи, страхи (фобии), действия (компульсии), бредовые идеи. Паранойяльный, параноидный, парафренный синдром. Синдром Кандинского-Клерамбо. Тактика социального работника при выявлении бредовых расстройств. Патология речи: (алалия, афазия, дизартрия, скандированная, смазанная, эксплозивная речь, олигофазия, мутизм, неологизмы, эхолалия, персеверации, заикание).

Тема 4. Память, внимание, их расстройства.

Определение памяти, виды. Патология памяти. Гипермнезия, гипомнезия. Амнезия (фиксационная, ретроградная, антероградная). Парамнезии: псевдореминисценции, конфабуляции, криптомнезии. Синдром Корсакова.

Учет расстройств памяти в работе социального работника. Психологические тесты для определения состояния памяти.

Определение внимания, виды. Патология внимания (гиперпрозексия, апрозексия, истощаемость, отвлекаемость, односторонняя прикованность, притупление). Психологические тесты для определения состояния внимания.

Тема 5. Интеллект и его нарушения.

Определение интеллекта. Патология интеллекта (деменция, олигофрения). Разновидности деменции (глубокая, неглубокая, тотальная, лакунарная). Степени олигофрении (дебильность, имбецильность, идиотия). Причины деменции и олигофрении. Психологические тесты для определения состояния интеллекта. Учет умственных возможностей клиентов в практике специалиста по социальной работе в реабилитационном аспекте.

Тема 6. Эмоции, их расстройства

Определение эмоций. Классификация (высшие, низшие, положительные, отрицательные, настроение, аффект). Внешние проявления эмоций (мимика, жесты, вегетативные реакции). Патология эмоций:(апатия, депрессия, маниакальное состояние, эйфория, дисфория, астения, эмоциональная лабильность, слабодушие, эмоциональная амбивалентность, неадекватность эмоций). Учет эмоциональных расстройств в работе социального работника и тактика его поведения. Реабилитационные мероприятия при депрессивных состояниях. Психологические тесты для определения эмоциональных состояний.

Тема 7. Воля, двигательно-волевые расстройства

Определение воли. Этапы волевого акта. Патология волевых функций (гипобулия, гипербулия, ступор, кататония, негативизм, импульсивность, манерность). Виды психомоторного возбуждения (маниакальное, кататоническое, эпилептиформное). Расстройства инстинктов (полового, пищевого, самосохранения). Другие патологические влечения (клептомания, дромомания, пиромания). Тактика социального работника при выявлении двигательно-волевых расстройств.

Тема 8. Сознание и его расстройства

Определение сознания. Признаки нарушения сознания по К. Ясперсу. Патология сознания: (оглушенное сознание – обнубиляция, сомноленция, сопор, кома, помраченное сознание – делирий, онейроид, аменция, сумеречное сознание). Амбулаторные автоматизмы (транс, фуга, сомнабулизм). Дерезализация, деперсонализация. Приемы выявления нарушений сознания. Доврачебная помощь. Тактика социального работника при обнаружении расстройств сознания.

Тема 9. Общая синдромология психических расстройств

Уровни поражения психики и синдромы психических расстройств. Психоорганический синдром, его виды и особенности клинических проявлений. Острый и хронический мозговой синдром. Судорожный синдром: (большой, малый, абсанс, нарколептические припадки). Кататонические и галлюцинаторно-бредовые синдромы. Ипохондрический синдром. Дистимия. Аффективные синдромы. Невротические синдромы. Позитивная и негативная симптоматика. Динамика процессов, связь симптома, синдрома и нозологической единицы (болезни). Общие принципы реабилитации при различных психопатологических синдромах.

ЧАСТНАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Тема 10. Психические нарушения при инфекциях и соматических заболеваниях. Принципы реабилитации.

Психические расстройства при острых инфекциях (грипп, пневмония, сепсис, инфекционный гепатит и др.). Психические нарушения при хронических инфекциях (ревматизм, энцефалит, нейросифилис, прогрессивный паралич, СПИД и др.). Психические нарушения при заболеваниях почек, желудочно-кишечного тракта, авитаминозах, эндокринных заболеваниях, промышленных и лекарственных отравлениях, лучевых поражениях. Особенности у детей.

Психические нарушения при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Психические расстройства при инфаркте, гипертонической болезни, атеросклерозе. Симптоматика начальных стадий сосудистых заболеваний. Психопатология развернутых форм сосудистых заболеваний. Особенности течения острых психозов сосудистого генеза. Сосудистая деменция. Уход за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Учет личностных изменений больных в работе социального работника. Принципы реабилитации таких пациентов.

Психические нарушения при черепно-мозговых травмах и опухолях.

Классификация черепно-мозговых травм. Стадии развития травматической болезни. Психические нарушения в острой стадии. Психические нарушения в поздней стадии. Психические расстройства в стадии отдаленных последствий. Проблемы компенсации церебральных функций. Учет социальным работником личностных изменений больных, вопросы трудоустройства больных с остаточными явлениями после перенесенной травмы головного мозга. Психические нарушения при опухолях головного мозга в зависимости от локализации. Методы реабилитации данных больных.

Нарушения психики в предстарческом и старческом возрасте.

Современное состояние вопроса. Клинические разновидности пресенильного психоза – депрессия, паранойя. Сенильные (старческие)

психозы. Разновидности старческих психозов – болезнь Альцгеймера, Пика, Гентингтона, сосудистая деменция и др. Синдромы, часто встречающиеся в позднем возрасте: делирий, деменция, аффективные расстройства. Особенности обследования пациентов позднего возраста. Техника беседы с лицами позднего возраста. Учет социальным работником особенностей поведения таких лиц. Особенности ухода за ними.

Тема 11. Эпилепсия. Реабилитационные подходы при эпилепсии.

Понятие о генуинной и симптоматической эпилепсии. Генерализованная и фокальная эпилепсия. Судорожные и бессудорожные пароксизмы. Эпилептический статус. Доврачебная помощь при припадке. Тактика при эпилептическом статусе. Психические эквиваленты (сумеречные расстройства сознания, дисфории). Слабоумие. Учет социальным работником изменений личности больных. Вопросы трудоустройства и реабилитация. Особенности эпилепсии у детей.

Тема 12. Аффективные расстройства. Реабилитация при депрессии и парасуициде.

Аффективные расстройства. Биполярное аффективное расстройство. Психические и соматические нарушения при маниакальных и депрессивных фазах. Особенности ухода и надзора при депрессии. Суицид. Тактика социального работника при суицидальных мыслях и действиях. Реабилитационный аспект депрессии и парасуицида.

Тема 13. Шизофрения. Принципы реабилитации.

Определение понятия и современного состояния вопроса о сущности шизофрении. Особое значение шизофрении в клинике психических расстройств. Понятие об основных и факультативных симптомах шизофрении. Острое, подострое и постепенное начало заболевания. Основные клинические формы шизофрении. Особенности шизофрении у детей.

Диагностические критерии шизофрении. Типы течения шизофрении. Ближайший и отдаленный прогноз при различных типах течения и формах шизофрении. Понятие о шизофреническом дефекте и исходе. Типы дефекта и их значение для проведения реабилитационных мероприятий. Значение семьи в реабилитации пациентов с шизофренией

Тема 14. Психогенные психические расстройства. Реабилитация при неврозах.

Понятие о неврозах. Неврастения. Истерия (диссоциативные расстройства), невроз навязчивых состояний (тревожно-фобические расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство). Другие тревожные расстройства. Особенности у детей. Реактивные состояния (посттравматическое стрессовое расстройство). Клинические критерии реактивных психозов

(Ясперс). Острые (шоковые) психогенные реакции. Реактивная депрессия, реактивный паранойд. Динамика острых и затяжных форм реактивных психозов. Значение санитарно-просветительных и воспитательных мероприятий в профилактике психогений. Принципы реабилитации.

Тема 15. Расстройства личности (психопатии). Подходы к реабилитации.

Определение. Критерии П.Б. Ганнушкина, О.В. Кербикова. «Ядерные» и «краевые» психопатии. Патохарактерологическое формирование личности. Акцентуации характера, их значение. Типы психопатий. Динамика психопатий. Психопатоподобные состояния. Вопросы реабилитации и социальной реадaptации как один из основных методов компенсации психопатий.

Тема 16. Реабилитации психически больных

Знакомство с основами терапии психически больных. Принципы реабилитации психически больных (партнерства, разносторонности и единства социально-психологических и биологических методов, ступенчатости). Реабилитационные режимы, этапность социо-реабилитационных мероприятий. Реабилитационные центры, лечебно-трудовые мастерские. Трудоустройство психически больных. Использование остаточной трудоспособности. Обучение новой специальности. Опека, показания для наложения опеки. Место социального работника в системе реабилитации психически больных.

Навыки установления контакта и общения.

Создание обстановки для беседы. Знакомство и начало беседы. Навыки сбора информации: (открытые вопросы, активное слушание, эмпатия, уточнение, прояснение высказываний, использование пауз и молчания, суммирование). Руководство беседой. Вербальное поведение. Невербальное поведение (дистанция, контакт глазами, жесты, позы и т.д.). Навыки передачи информации. Завершение беседы.

РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Модуль 1. Реабилитация в наркологии

Тема 1. Заболевания, связанные с употреблением психоактивных веществ, в МКБ-10. Принципы реабилитации наркологических больных.

Основные принципы классификации и диагностические критерии. Правила интервьюирования пациентов. Короткая интервенция при злоупотреблении алкоголем. Основные методы исследования в наркологии. Основные задачи наркологии как науки и как медицинской дисциплины. Организация наркологической помощи в Республике Беларусь. Юридический аспект наркологии.

Необходимость взаимодействия органов здравоохранения, социальной защиты, средств массовой информации, правоохранительных органов в профилактике наркомании и алкоголизма. Комплексный подход – основа профилактики. Общественные организации в профилактике алкоголизма и наркомании. Принципы реабилитации наркологических больных. Современные реабилитационные программы.

Психоактивное вещество (ПАВ) - любое вещество, способное при однократном приеме изменять психическое состояние человека (настроение, ощущения, восприятие окружающего), физическое состояние, поведение и другие психофизические эффекты. При систематическом приеме оно способно вызывать психическую или физическую зависимость. Причем, изменения, происходящие под влиянием таких веществ, желательны для потребителя.

В настоящее время наркоманией или химической зависимостью принято называть зависимость от ПАВ, включенного в юридическом порядке в перечень

наркотических средств. В свою очередь ПАВ относится к наркотическим средствам при его соответствии трем критериям:

медицинский – вещество оказывает специфическое действие на ЦНС, что служит причиной развития зависимости;

социальный – немедицинское применение вещества имеет широкое распространение и социальные последствия;

юридический – исходя из первых двух критериев данное вещество признается наркотиком и включено в официальный список наркотических средств.

Если в данный момент какое-либо ПАВ не включено в список наркотических средств, но оно соответствует первым двум критериям, то зависимость, которое оно вызывает, обозначается как токсикомания. При этом способ введения вещества, его физическая и химическая форма не имеют значения. В известном смысле примерами таких веществ являются табак и алкоголь.

В современной международной классификации болезней вместо терминов «наркомания» и «токсикомания» используется дефиниция «синдром зависимости».

Зависимость от психоактивных веществ является в Республике Беларусь актуальной не только для врачей наркологов и психиатров, и медицины в целом, а также для всего общества. В разрешение данной проблемы вовлекаются члены семей, сотрудники сферы образования, охраны правопорядка, социальной помощи. Медицинская значимость зависимостей определяется затратой существенных ресурсов на оказание помощи, высокой распространенностью сопутствующей патологии (гепатиты, ВИЧ-инфекция, венерические болезни), высокой смертностью от передозировок и суицидов, обращаемостью за неотложной и хирургической помощью, низкой эффективностью доступных методов лечения.

Социальная значимость наркоманий обусловлена высокой криминализацией, связанной с оборотом наркотиков, проституцией, безработицей, семейными и бытовыми проблемами наркозависимых.

Негативные социальные стереотипы в отношении зависимых от наркотических веществ часто ведут к избеганию помощи, прогрессированию болезни и увеличению незаконной активности. Анализ вопросов зависимости в медицинском аспекте, образование специалистов по социальной работе в области зависимостей от психоактивных веществ позволит уменьшить и социальные последствия этой проблемы.

ИЗ ИСТОРИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Наркотики знакомы людям уже несколько тысяч лет. Их потребляли люди разных культур, в разных целях: во время религиозных обрядов, для восстановления сил, для изменения сознания, для снятия боли и неприятных ощущений.

Уже в дописьменный период мы имеем свидетельства того, что люди знали и использовали психоактивные химические вещества: алкоголь и растения, потребление которых влияет на сознание. Археологические исследования показали, что уже в 6400 г. до н.э. люди знали некоторые алкогольные напитки. Очевидно, процессы брожения были открыты случайно (виноградное вино, между прочим, появилось только в 4-3 вв. до н.э.). Использовались и различные растения, вызывающие физиологические и психические изменения, обычно в религиозных обрядах или при проведении медицинских процедур. Пример - использование на Ближнем Востоке в 5 тыс. до н.э. "злака радости" (по всей видимости, опиумного мака). Около 2700 г. до н.э. в Китае уже использовали коноплю (в виде настоя, как чай): император Шен Нунг предписывал своим подданным принимать ее в качестве лекарства от подагры и рассеянности. Люди каменного века знали опиум, гашиш и кокаин и использовали эти наркотики для изменения сознания (в ходе религиозных обрядов) и при подготовке к сражению. На стенах погребальных комплексов индейцев Центральной и Южной Америки есть изображения людей, жующих листья коки (один из способов приема кокаина), датируемые серединой 3 тыс. до нашей эры. На протяжении всей истории контакты между далекими культурами происходили благодаря торговле и войнам. Например, в результате крестовых походов и путешествий Марко Поло европейцы узнали опиум и гашиш, широко распространенные на Востоке. Позднее путешествия европейцев (главным образом англичан, французов, португальцев и испанцев) в Америку принесли новые открытия. Основные психоактивные вещества, привезенные в Европу из Америки - кокаин (из Южной Америки), различные галлюциногены (из Центральной Америки) и табак (из Северной Америки). Как показали исследования, между культурами происходил двусторонний обмен. Родина кофейного дерева - Эфиопия. Европейцы познакомились с кофейным напитком в 17 веке, моряки завезли кофейные зерна в Южную Америку, которая теперь является главным мировым производителем кофе. Добавим, что из Европы в Америку пришел алкоголь, полученный в результате перегонки, а в Чили в 1545 году появилась конопля. До начала 20 века практически не существовало ограничений на производство и потребление наркотиков. Иногда делались попытки сократить или вообще запретить использование

определенных веществ, но они были непродолжительными и, как правило, неудачными. Например, табак, кофе и чай были поначалу встречены Европой в штыки. Первый европеец, закуривший табак - спутник Колумба Родриго де Херес - по прибытии в Испанию был заключен в тюрьму, так как власти решили, что в него вселился дьявол. Было несколько попыток объявить вне закона кофе и чай.

Известны и случаи, когда государство не запрещало наркотики, а наоборот содействовало процветанию торговли ими. Лучший пример – вооруженные конфликты между Великобританией и Китаем в середине 19 века. Они называются опиумными войнами, потому что английские торговцы ввозили в Китай опиум. К середине 19 века несколько миллионов китайцев пристрастились к опиуму. В это время Китай, безусловно, вышел на первое место в мире по потреблению опиума, большая часть которого выращивалась в Индии и переправлялась в страну англичанами. Китайское правительство приняло множество законов о контроле над импортом опиума, но ни один из них (включая полное запрещение) не возымел желаемого действия. Англичане не желали сокращать опиумную торговлю: во-первых, это давало большие прибыли, а во-вторых, в самой Англии не наблюдалось такого всплеска наркотической зависимости, хотя опиум широко использовался в медицине. В 1839 году разразился конфликт: китайское правительство уничтожило большой груз опиума, принадлежавший английским и американским торговцам. Началась первая опиумная война. Британия победила и по Нанкинскому договору 1842 года получила, в числе прочего, права на использование портов Гонконга в качестве компенсации за уничтоженный груз опиума. Торговля продолжалась и в 1856 году привела ко второй войне. Эта вторая опиумная война закончилась в 1858, и по условиям Тиенсинского договора Китай продолжал импортировать опиум, но мог устанавливать большие таможенные пошлины. Торговля опиумом сократилась и, в конце концов, прекратилась только в начале двадцатого века, когда во всем мире началась кампания за разрешение использования наркотиков только в медицинских целях (как обезболивающие препараты). Однако, в двадцатом веке и в начале двадцать первого века проблема немедицинского употребления различного рода психоактивных веществ остается весьма актуальной.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

О распространении химической зависимости можно говорить, зная:

1) число состоящих на учете в наркологическом диспансере, а также впервые обратившихся за медицинской помощью (их всегда меньше, чем в длительности); 2) в правоохранительных органах ведется учет лиц, совершивших правонарушения, находясь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, либо связанных с оборотом наркотических веществ; 3)

социологические опросы населения, позволяющие сделать экспертные оценки на основе репрезентативной выборки (эти показатели в последнее время приобретают все большее значение); 4) косвенным показателем распространенности алкоголизма является количество абсолютного алкоголя, приходящегося в год на душу населения; 5) заболеваемость алкогольными психозами также отражает распространенность алкоголизма.

Реальное число больных алкоголизмом среди населения примерно в 5 раз превышает число состоящих на учете в наркологических диспансерах, а реальное число больных наркоманиями превышает этот показатель в 10 раз.

В мире около 5-6% населения злоупотребляют алкоголем. Потребление алкоголя на душу населения в год является одним из основных показателей алкогольной ситуации. В нашей стране этот показатель составляет около 12 литров.

Если раньше соотношение мужчин и женщин, больных алкоголизмом, составляло 9-10:1, то теперь оно составляет 5:1. Что касается наркомании, то соотношение мужчин и женщин находится в пределах 3:1.

Употребление алкоголя достаточно широко распространено и в молодежной среде. С той или иной частотой потребляют алкогольные напитки, согласно личному признанию, около 82% людей в возрасте 12-22 лет. Средний возраст, в котором молодежь начинает потреблять алкоголь, составляет 14 лет. Средний возраст наркоманов в нашей стране 15 -25 лет. Пиво — наиболее любимый молодежью напиток, его предпочитают три четверти подростков.

Различные данные дают социологические исследования и официальная статистика о характере предпочтения тех или других наркотиков. Согласно официальной статистике в настоящее время до 80-90% наркозависимых, состоящих на учете в наркодиспансерах, употребляют препараты опия, преимущественно героин. Данные социологических исследований показывают, что среди наиболее предпочитаемых наркотиков среди молодежи оказываются препараты конопли. Такие различия могут быть обусловлены большими медицинскими и социальными последствиями употребления опиатов: опийные наркоманы чаще попадают в поле зрения официальной медицины, по сравнению с потребителями конопли.

Существует еще одна проблема, которая напрямую связана с ростом наркопотребления и особенно инъекционного употребления ПАВ. Это проблема заражения СПИДом в среде наркозависимых. В мире наиболее распространенным путем заражения ВИЧ-инфекцией является половой — 70-80% случаев. Инъекционный путь вследствие употребления наркотиков находится на втором месте и составляет лишь 5-10%. Широкое распространение ВИЧ-инфекции среди наркоманов, в первую очередь, вызвано использованием общих игл и шприцев, а также кустарно изготовленных

наркотиков с добавлением инфицированной крови («для осветления раствора»), с продажей зараженных растворов и т. д.

С другой стороны, при употреблении ПАВ происходит активизация и полового пути передачи парентеральных инфекций, прежде всего из-за потери контроля над сексуальным поведением. Кроме того, необходимость достать деньги для покупки наркотика толкает наркоманов на занятие проституцией. «Сексом за деньги» с той или иной частотой занимаются как юноши, так и девушки.

При общей оценке наркологической ситуации можно выявить следующие тенденции, такие как рост числа злоупотребляющих ПАВ, вовлечение в наркопотребление лиц молодого возраста, стирание половых различий среди наркопотребителей за счет роста числа женщин-наркоманок, увеличение потребления наиболее тяжелых наркотиков (героина), расширение спектра потребляемых наркотиков, появление большого числа носителей вируса СПИДа среди наркоманов.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Принято выделять три группы факторов, которые в той или иной степени влияют на возникновение химической зависимости. Это — социальные, психологические и медико-биологические факторы.

Социальные факторы, способствующие развитию зависимости, можно разделить на две группы — макросоциальные и микросоциальные. Первая группа — это общество, в котором живет человек, включая его историю, культуральные традиции, мораль и нравственные ценности, политические и экономические проблемы, отношение к детям, семье, уровень терпимости к употреблению ПАВ, мода и т. д. Вторая группа — это непосредственное окружение человека, прежде всего семья и люди, с которыми он общается, от которых зависит, друзья и коллеги по учебе и работе и т. д.

В прошлом считалось, что важнейшим макросоциальным фактором, способствующим распространению химической зависимости, является уровень жизни, контраст распределения доходов в обществе. Действительно, наиболее широко химическая зависимость распространена среди малообеспеченных слоев. Но оказалось, что и повышение благосостояния жизни общества также способствует алкоголизации и наркотизации: урбанизация привела к большей доступности алкоголя и наркотиков. «Стиль жизни», мода на употребление алкоголя и наркотиков оказывают влияние как на уровень потребления, так и на предпочтение определенного ПАВ. С другой стороны, макросоциальные факторы могут быть и причиной ограничения употребления алкоголя и наркотиков.

Национальные особенности употребления алкоголя и наркотиков также имеют важное значение. При северном типе алкоголизации (Россия, Скан-

динавия, Ирландия) предпочитают водку и пиво, а при южном типе алкоголизации (Италия, Франция, Испания) — вино. Недостаточность ряда ферментных систем у некоторых национальных групп может служить предпосылкой быстрого развития алкоголизма в случае начала его употребления (например, северные народы, американские индейцы и т. д.). С другой стороны, у некоторых народов использование наркотиков имеет давние традиции и не приводит к наркомании у значительной части населения (марихуана — у народов Средней Азии, кока — у индейцев Латинской Америки). Все это делает необходимым применение в наркологии культурально-обоснованного подхода, то есть учета национальных особенностей и предпочтений в алкоголизации и наркотизации.

Существенную роль играет распространение информации о ПАВ и химической зависимости, которую получают дети и подростки. Проведенные опросы выявили следующие источники информации: художественные и документальные фильмы, телепередачи, газетные и журнальные статьи, беседы со взрослыми (родителями, учителями, врачами), рассказы старших ребят и сверстников.

В последнее время большинство исследователей склоняются к выводу, что микросоциальные факторы являются первостепенными в формировании химической зависимости. Ближайшее окружение часто оказывает наиболее сильное влияние на алкоголизацию и наркотизацию. Среди ближайшего окружения следует особенно выделять роль семьи. 50% детей до 10 лет и 90% до 15 лет впервые попробовали алкогольный напиток под влиянием ближайших родственников, друзей, знакомых. Родители-алкоголики или наркоманы — это всегда повышенный фактор риска злоупотребления алкоголем и наркотиками у детей.

Неполная семья считается обстоятельством, способствующим как делинквентности, так и злоупотреблению ПАВ. Однако, немалая часть подростков, обнаруживших склонность и к тому, и к другому, выросли в полных, внешне вполне благополучных семьях. В то же время около 20-25% вполне социально адаптированных подростков, не склонных ни к делинквентности, ни к злоупотреблению ПАВ, воспитываются в нашей стране в неполных семьях. Роль патологизирующего воспитания в семье считается значимым фактором, способствующим развитию химической зависимости в будущем.

Помимо семьи, большое значение имеют друзья, одноклассники. Если их интересы никак не связаны с употреблением ПАВ, то это является достаточно мощным фактором противодействия аддиктивного поведения. Наоборот, если компания, ближайшие друзья вовлечены в употребление ПАВ, то вероятность последующей алкоголизации и /или наркотизации существенно возрастает.

Приблизительно такое же влияние будут оказывать коллеги по работе, трудовой коллектив, куда попадает человек.

Психологические факторы риска возникновения зависимости — это совокупность мотивов, побуждающих к употреблению алкоголя и наркотиков. Они определяют индивидуальный процесс приобщения к ПАВ. К ним относятся трудности приспособления к окружающей среде, конфликт с окружением, неудовлетворенность, непонятость окружающими, утомление, робость, осознание своей неполноценности. Иными словами — фрустрация, состояние психического дискомфорта.

Часто молодые люди, употребляющие ПАВ, не могут объяснить причину своей зависимости. Они сводят все к непосредственным субъективным ощущениям, возникающим после приема ПАВ: изменению сознания, эйфории, релаксации. Были установлены три типа личностных мотиваций употребления ПАВ:

1) позитивная («для получения удовольствия»);

2) негативная («защита от тоски»);

3) нейтральная («для приспособления к окружающим», «по привычке»). Тем не менее, в условиях отечественных реалий основным мотивом приема ПАВ у подростков является именно утривованная конформность со стремлением любой ценой быть «своим» в микрогруппе, то есть «нейтральная» мотивация приобретает первостепенное значение. Часто все три типа мотивации сочетаются у зависимых лиц.

Медико-биологические факторы в последнее время являются предметом пристального изучения ученых разных специальностей. Так, роль наследственной предрасположенности к химической зависимости в настоящее время не вызывает сомнений. Вероятность возникновения алкоголизма у детей алкоголиков по разным данным от 7 до 15 раз выше, чем в общей популяции. Вместе с тем одних наблюдений за этими фактами недостаточно, так как с равными основаниями ответственность за возникновение алкоголизма можно возложить и на средовой фактор — воспитание в атмосфере пьянства.

Окончательный ответ на вопрос о наследственной природе алкоголизма дали исследования, где прослеживалась судьба детей, родившихся от больных алкоголизмом, но усыновленных и воспитывавшихся в нормальных семьях, в одинаковых условиях с неродными братьями и сестрами. Оказалось, что у лиц из алкогольных семей риск развития алкоголизма значительно выше, чем у их неродных братьев. В других исследованиях изучали судьбу двух групп близнецов из алкогольных семей — однойцевых и двуяйцевых. Оказалось, что если один из однойцевых близнецов болен алкоголизмом, то другой имеет в 2-2,5 раза более высокий риск развития алкоголизма, чем бывает у двуяйцевых близнецов.

В отношении генетики наркоманий таких убедительных данных, как в случае с алкоголизмом, не получено. Тем не менее, существуют наблюдения о наличии у больных наркоманиями наследственной отягощенности алкоголизмом и наркоманиями, особенно по мужской линии. В связи с этим сформировалось мнение, что у детей от больных алкоголизмом и наркоманиями родителей существенно повышен риск развития этих заболеваний. В семьях наркоманов с зависимостью от разных веществ (опиаты, кокаин, каннабис, амфетамины, фенциклидин) обнаружено больше сходства, чем различий.

Существуют и другие медицинские факторы риска при возникновении алкоголизма — наличие нервных и психических заболеваний, при которых имеются органическая неполноценность мозга (например, последствие черепно-мозговой травмы, эпилепсия) или расстройства личности (например, психопатии). Эти факторы влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки как в интеллектуальной сфере, так и эмоциональной. В результате такие пациенты будут искать средство, помогающее им справиться с такими нагрузками. И такими средствами зачастую становятся ПАВ.

И.П. Анохина пришла к выводу, что «не может существовать единственного маркера для диагностики предрасположенности к злоупотреблению ПАВ — это всегда комплекс маркеров, причем состав его может варьировать у различных субъектов». Она предложила следующие маркеры для диагностики индивидуальной предрасположенности к злоупотреблению ПАВ [2].

1. Наличие двух или более кровных родственников, страдающих алкоголизмом или наркоманиями.
2. Синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве.
3. Эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям.
4. Трудный пубертатный период с преобладанием психического инфантилизма.
5. Дефицит внимания.
6. Раннее курение и злоупотребление алкоголем.
7. Чувство неудовлетворенности, постоянный поиск новизны.
8. Низкая амплитуда или отсутствие волны P300 в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале (нейрофизиологический показатель).
9. Низкая концентрация в моче и крови дофамина, чему, как правило, сопутствует низкий уровень доксифенилаланина и высокое содержание диоксифенилуксусной кислоты.

10. Низкая активность ДА-бета-гидроксилазы — фермента, контролирующего синтез дофамина.

11. Повышенная частота встречаемости аллеля A1 гена DRD2 ($A1/A2 > 1$) и гетерозиготного генотипа 9/10 ДАТ (>35%).

12. Выявление участка семи тандемных повторов в гене DRD4.

Наличие более пяти из этих признаков (среди которых должно быть не менее 2-3 биологических) дает основание отнести обследуемого субъекта к группе высокого биологического риска в отношении алкогольной и наркотической зависимости.

Итак, существует большое количество факторов, способствующих возникновению химической зависимости. Их знание, помимо теоретического, имеет большое прикладное значение. Устранение или ослабление тех или иных факторов риска будет способствовать профилактике алкоголизма, наркоманий и токсикоманий.

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Наиболее распространенные психоактивные вещества представлены в таблице 1.

Таблица 1. Психоактивные вещества

АЛКОГОЛЬ	Пиво, вино, водка, коньяк, самогон
КАННАБИС	Марижуана, гашиш
ОПИАТЫ	Героин, морфин, кодеин, промедол, фентанил, метадон, LAAM
БАРБИТУРАТЫ	Нембутал, амитал, секонал, фенобарбитал
СЕДАТИВНЫЕ СНОТВОРНЫЕ (ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ)	Бензодиазепины: элениум, реланиум, седуксен, валиум, оксазепам, нитразепам, раведорм, триазолам, альпразолам.
КОКАИН	Кокаина гидрохлорид, «крэк»
ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ	Амфетамин, метамфетамин, риталин, кофеин
ГАЛЛЮЦИНОГЕНЫ	ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты), мескалин, грибы (псилоцин, псилоцибин), диметилтриптамин, фенциклидин (PCP), экстази (MDMA)
ИНГАЛЯНТЫ (ЛНДВ)	Летучие органические соединения (клеи, аэрозоли, растворители), летучие

	нитриты, газы для анестезии (закись азота)
--	--

Тема 2. Состояние зависимости от алкоголя. Реабилитация зависимых и созависимых.

Эпидемиология алкогольной зависимости. Физиологические механизмы действия алкоголя.

Клиника алкогольной зависимости. Методы диагностики. Синдром отмены алкоголя неосложненный. Синдром отмены алкоголя с судорогами. Синдром отмены алкоголя с делирием. Острые алкогольные психозы. Алкогольный корсаковский синдром, алкогольная деменция. Хронический алкогольный галлюциноз. Алкогольный бред ревности. Энцефалопатия Гайе-Вернике. Алкогольная полинейропатия. Поражение внутренних органов при алкогольной зависимости. Основные этапы лечения алкогольной зависимости. Психотерапия и реабилитация при алкогольной зависимости. Группы анонимных алкоголиков. Первичная профилактика алкогольной зависимости. Организация лечения пациентов с алкогольной зависимостью. Созависимость.

Алкоголь

Алкоголь (от араб. аль-кухуль) - это бесцветная летучая жидкость, получаемая при ферментации сахаров. В химии алкоголем называется одноатомный спирт (например: метиловый, этиловый, пропиловый спирты). Алкогольные напитки - собирательное название для напитков, содержащих этиловый спирт. Наиболее распространенные среди них – это водка, вино, пиво, самогон. Зависимость от таких напитков (рисунок 1) называется алкоголизмом. Водка - алкогольный напиток, состоящий преимущественно из воды и максимально очищенного от примесей этилового спирта, иногда с незначительными, обычно ягодными или фруктовыми, добавками, а также специями (перцовка). Спирт составляет по объёму от 35% до 70%. Чаще водка содержит 40% этилового спирта.

Пиво - слабоалкогольный напиток, получаемый спиртовым брожением солодового сусла с помощью пивных дрожжей, обычно в присутствии хмеля. Содержание спирта в среднем от 5% до 11%.

Самогон - крепкий спиртной напиток кустарного производства, изготавливаемый путём перегонки через самодельные аппараты спиртосодержащей массы (браги), получаемой в результате брожения зерновых продуктов, сахара, картофеля, свёклы, фруктов и других продуктов, содержащих крахмальные вещества. Содержание спирта в нем может достигать 70%. Близкие родственники самогона: коньяк, виски, ром, джин.

Вино - алкогольный напиток с крепостью от 9% до 20%, получаемый полным или частичным спиртовым брожением виноградного или плодово-ягодного сока (иногда с добавлением спирта и других веществ). По качеству разделяют на марочные (лучшие, выдержанные вина, вырабатываемые в определенных винодельческих районах из одних и тех же сортов винограда, сохраняющие вкус и аромат) и ординарные (вина, выработанные с соблюдением установленных стандартов). По цвету различают белые, розовые и красные сорта вин.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (хронический алкоголизм)

Психические расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, можно разделить на группы в зависимости от длительности его приема: возникающие после однократных или эпизодических приемов и являющиеся результатом многократных его приемов на протяжении длительного времени, а также в зависимости от отсутствия или наличия психотических расстройств.

Бытовое пьянство

Хроническому алкоголизму всегда предшествует этап бытового пьянства, который может быть достаточно протяженным во времени. По МКБ-10 бытовое пьянство диагностируется как «употребление алкоголя с вредными последствиями» (F10.1). Существует классификация бытового пьянства, в которой непосредственно к «пьянству» могут быть отнесены лишь варианты 4 и 5, представленные в таблице 2.

Таблица 2. Классификация бытового пьянства.

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
1. Абстиненты	Лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах (до 100 мл вина 2-3 раза в год), что этим можно пренебречь
2. Случайно пьющие	Лица, употребляющие в среднем 50-150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
3. Умеренно пьющие	Лица, употребляющие по 100-150 мл водки (максимально до 400 мл) 1-4 раза в месяц
4. Систематически	Лица, употребляющие 200-300 мл водки (до 500 мл) 1-2 раза в неделю

5. Привычно пьющие	Лица, употребляющие 500 мл водки и более 2-3 раза в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений
--------------------	--

Для систематического пьянства, кроме учащения выпивок и увеличения разовой дозы алкоголя, характерны изменения ценностных установок, появление в связи с пьянством социально-негативных поведенческих реакций. В связи с этим можно говорить о формировании определенного стиля, образа жизни. Знакомство с алкоголем у этих лиц происходит в раннем подростковом возрасте, а систематическое употребление начинается после 16 лет. Алкогольная потребность достаточно быстро начинает приобретать равное значение наряду с другими личностными потребностями. Эти лица выступают инициаторами выпивок, алкоголь постепенно начинает приобретать значение ведущего ценностного ориентира, становясь основным источником получения удовольствия в жизни. Соответственно этому происходит некоторое личностное снижение в социальной, семейной и профессиональной сфере.

Привычное пьянство является крайней и самой тяжелой формой эпизодического употребления и иногда представляет определенные трудности для дифференциальной диагностики с хроническим алкоголизмом. Динамика этой формы бытового пьянства, как правило, приводит к развитию алкоголизма.

Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение)

Алкогольное опьянение - симптомокомплекс психических, вегетативных и неврологических расстройств, обусловленный психотропным действием алкоголя. Согласно критериям МКБ-10, диагноз острой алкогольной интоксикации (F10.0) может быть поставлен только в тех случаях, когда опьянение не сопровождается более стойкими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя.

Различают три степени алкогольного опьянения - легкую, среднюю, тяжелую. Для количественной оценки степени алкогольного опьянения чаще всего оценивают концентрацию этанола в крови. Соответственно концентрация алкоголя в крови: 0,3-1,5‰ — легкая степень алкогольного опьянения, 1,5-2,5‰ - средняя степень алкогольного опьянения, 3-5‰ - тяжелая степень алкогольного опьянения. При концентрации 6~8‰ алкогольное опьянение является причиной смерти.

Выделяют три формы алкогольного опьянения: простое; измененные формы простого опьянения (атипичное алкогольное опьянение); патологическое опьянение.

Простое алкогольное опьянение. При легкой степени алкогольного опьянения характерны ощущение психического и физического комфорта (эйфория), неглубокие колебания эмоционального фона, гиперэкспрессивность, многоречивость. Мышление ускорено, ассоциации поверхностны. Критика снижена (субъективное ощущение «протрезвления» после 2-3-й дозы алкоголя). Из вегетативных симптомов присутствуют гиперемия кожных покровов (особенно лица), легкая тахикардия. Амнезии нет. В средней степени алкогольного опьянения типичны более выраженные аффективные нарушения, двигательная расторможенность, дизартрия. Критика к состоянию резко снижена. Темп мышления, ассоциативный процесс замедляются. Отмечается шаткость походки. Возможны тошнота и рвота. Частичная амнезия. Тяжелая степень алкогольного опьянения характеризуется появлением различных по уровню выраженности симптомов оглушения: от легкой сомноленции до комы. Выражены неврологические симптомы — мозжечковая атаксия, мышечная атония, амимия, дизартрия; вестибулярные расстройства — головокружение, тошнота, рвота. Иногда присутствует цианоз, гипотермия. Могут быть эпилептиформные припадки. Отмечается полная амнезия периода опьянения. При более высоких концентрациях этанола смерть наступает в результате паралича дыхательного центра. Продолжительность алкогольного опьянения зависит от многих факторов (пол, возраст, масса тела, расовые особенности, привыкание к алкоголю), но более всего — от количества потребленного алкоголя и скорости его обмена в организме.

Измененные формы простого алкогольного опьянения. Клиническая картина алкогольного опьянения во многом зависит от «почвы», на которую воздействует алкоголь. Наличие такой почвы (последствия черепно-мозговой травмы, изменения личности и др.) приводит к возникновению измененных форм алкогольного опьянения. **Атипичным** называют опьянение, при котором развиваются симптомы, которые несвойственны простому опьянению. Наибольшие видоизменения претерпевают психические нарушения. Изменение простого алкогольного опьянения может происходить при сопутствующей нервно-психической патологии, а также у подростков и юношей.

Патологическое опьянение в строгом смысле не является собственно опьянением, а представляет собой сверхострый транзиторный психоз, вызванный приемом даже небольших количеств алкоголя и протекающий в форме сумеречного расстройства сознания, которое заканчивается либо сном, либо психофизическим истощением. Часто сопровождается противоправными действиями. При дезориентировке всех видов сохраняется координация движений с возможностью совершить требующие навыков и даже ловкости действия. Контакт больные недоступны, все действия совершаются в одиночку. Эпизод полностью амнезируется. Могут наблюдаться продуктивные

расстройства - бред, галлюцинации. В поведении проявляются две основные тенденции: оборона со стремлением уничтожить источник опасности и бегство от угрожающей ситуации.

Экспертиза патологического опьянения часто трудна и крайне ответственна. Криминальные действия нередко совершаются и в состоянии простого алкогольного опьянения, наличие которого, согласно уголовному законодательству, утяжеляют степень вины и ответственности. В случае патологического опьянения больной признается невменяемым, что освобождает его от уголовной ответственности.

Классификация хронического алкоголизма

Впервые три стадии алкоголизма описал И.В. Стрельчук. В первой стадии происходит изменение реакции организма на алкоголь (пропадает рвотный рефлекс, растет толерантность и т.д.). Вторая стадия начинается с формирования синдрома похмелья. В третьей стадии происходит деградация. До нее доживает относительно небольшая группа больных.

В широко распространенной классификации алкоголизма А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой также выделены три стадии: начальная (неврастеническая), средняя (наркотическая), исходная (энцефалопатическая).

В МКБ-10 (1994) отсутствует деление хронического алкоголизма на стадии. Отдельно выделяются следующие рубрики: синдром зависимости (F10.2), состояние отмены (F10.3). При присоединении психотических осложнений выделяются: состояние отмены с делирием (F10.4), психотическое расстройство (F10.5), амнестический синдром (F10.6), резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним дебютом (F10.7).

До сих пор традиционно используются классификации, связанные с делением заболевания на три стадии. При этом в классификацию включаются темпы развития (прогредиентности) болезни: низкий, средний и высокий, формы злоупотребления, степень тяжести социальных последствий, соматоневрологические проявления алкоголизма, а также текущее состояние в динамике болезни: ремиссия или рецидив [Иванец Н. Н. и др., 1990].

Клинические проявления и закономерности течения алкоголизма

Клиническая картина складывается из наркоманического синдрома и изменений личности больного. В клинической практике принято различать две разновидности патологического влечения к алкоголю — первичное и вторичное. Первичное влечение, или психическая зависимость, объединяет два симптома — психическое влечение к алкоголю и возникновение эйфории в стадии опьянения. Вторичное влечение, или физическая зависимость, проявляется в невозможности переносить абстинентное состояние,

проявляющаяся в стремлении к новому приему алкоголя для избавления от неприятных симптомов.

Эти основные синдромы относятся к общим признакам, объединяющим все клинические варианты алкоголизма. Они последовательно формируются в процессе развития заболевания.

Первая стадия алкоголизма характеризуется следующими проявлениями. Первичное патологическое влечение проявляется тягой к алкоголю в определенных ситуациях. Подготовка к приему спиртного сопровождается положительными эмоциями. Прием первой дозы ускоряет употребление последующих до состояния более выраженного опьянения. Внешним признаком этого будет так называемый симптом опережающего тоста, употребление спиртного «до дна». Важнейшим признаком психической зависимости является и снижение количественного и ситуационного контроля, когда больные начинают регулярно пить до состояния выраженного алкогольного опьянения и делают это там, где это делать нежелательно (например, в присутствии непосредственного начальства). Рост толерантности к алкоголю определяется тем, что первоначально употребляемая доза не вызывает приятного чувства опьянения и требуется прием большего количества спиртного или переход на более крепкие напитки. Амнезии опьянения проявляются чаще в форме палимпсестов. Палимпсесты - это выпадения из памяти фрагментов каких либо событий, имевших место в состоянии опьянения. Первая стадия алкоголизма длится в среднем от 1 года до 6 лет.

Вторая стадия алкоголизма характеризуется утяжелением всех симптомов первой стадии. Кроме того, отмечают появление абстинентного (похмельного) синдрома, формирование запоев или систематического (постоянного) злоупотребления алкоголем, заострение преморбидных черт личности. Патологическое влечение к алкоголю возникает не только в определенных ситуациях, но и спонтанно. Во второй стадии отмечается полная утрата количественного контроля - больной напивается всегда и везде. Определенная доза спиртного («критическая») вызывает непреодолимое (компульсивное) желание пить «до отключки». Устанавливается максимальная толерантность к алкоголю, которая не меняется долгое время (плато толерантности). Происходит изменение картины опьянения: уменьшается период эйфории, опьянение чаще протекает по дисфорическому типу. Алкогольные амнезии становятся систематическими.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) — это комплекс вегетативных, соматоневрологических, психопатологических нарушений, возникающий у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением алкоголизации.

Следует отличать ААС от постинтоксикационного синдрома, который

может отмечаться у людей, не страдающих алкоголизмом, на следующий день после массивной алкоголизации. Соматовегетативные проявления у обоих синдромов сходны. Базовым отличием является отсутствие влечения к алкоголю у не больных алкоголизмом. Более того, вид, запах и даже упоминание об алкоголе вызывает у них отвращение вплоть до тошноты и рвоты.

Во второй стадии формируются следующие типы злоупотребления алкоголем: постоянный тип характеризуется ежедневным или почти ежедневным употреблением спиртного; периодический тип или псевдозапой, которые характеризуются чередованием периодов ежедневного пьянства с интервалами, когда больной не употребляет спиртного. Псевдозапой отличаются от истинных запоев тем, что они провоцируются социальными поводами (встреча с друзьями, конец недели, зарплата, праздник, неприятности и т. д.) и обрываются также под влиянием ситуации (кончились деньги, надо идти на работу, угрожают семейные репрессии и т. д.); перемежающийся (смешанный) тип, когда на фоне постоянного пьянства отмечаются периоды его усиления с употреблением спиртного в максимальных дозах (сочетание постоянной формы и псевдозапоев).

Начиная со второй стадии возможно появление алкогольных психозов как на фоне похмельного синдрома, так и на высоте опьянения во время запоя.

Во второй стадии алкоголизма начинают проявляться изменения личности больного, чаще в форме заострения преморбидных черт. К этому присоединяются расстройства эмоциональной сферы в виде эмоциональной лабильности, огрубления, возбудимости. Происходят изменения отрицательного свойства и в социальной сфере таких больных. Частая смена мест работы может приводить к потере работы, семейные ссоры и конфликты, ухудшение материального состояния приводят к распаду семей. Присоединение соматических заболеваний ведет к инвалидизации. Социальная активность значительно снижается.

Вторая стадия болезни обычно формируется после злоупотребления алкоголем в течение 10-15 лет.

Третья стадия характеризуется утяжелением всех проявлений, которые отмечаются во второй стадии, а также появлением истинных запоев и деградации личности.

Патологическое влечение по силе сопоставимо с голодом и жаждой (компульсивный характер влечения). Утрата количественного контроля сопровождается полной утратой ситуационного контроля: прием незначительной дозы алкоголя влечет за собой возникновение неодолимого влечения со стремлением добыть его любыми средствами, в том числе и противозаконно. Часто употребляются суррогаты алкоголя (технический спирт,

одеколоны, лосьоны и т. д.).

Одним из важнейших симптомов третьей стадии является снижение толерантности к алкоголю. Отмечается выраженное изменение картины опьянения с преобладанием дисфорического аффекта. В некоторых случаях у части больных опьянение представлено картиной алкогольного оглушения: пациенты вялы, пассивны, на вопросы отвечают с задержкой, способны выполнять только простые действия. Для больных третьей стадии характерна тотальная алкогольная амнезия, которая проявляется при приеме сравнительно небольших доз алкоголя. Для третьей стадии характерны истинные запои (прерываются из-за невозможности самого больного продолжать употребление алкоголя). Им предшествует ничем не спровоцированное непреодолимое (компульсивное) влечение. В первый день запоя выпивается максимальное количество. В последующие дни из-за снижения толерантности доза падает. В конце запоя развивается интолерантность, приводящая к прекращению алкоголизации.

Формируются стойкие изменения личности в виде психопатоподобной деградации, которая характеризуется изменением поведения, проявляющимся грубым цинизмом, агрессией, назойливой откровенностью, стремлением очернить окружающих. Алкогольная деградация с преобладанием эйфории отличается благодушным беспечным настроением с резким снижением критики к своему положению и окружению. Больным присущ, так называемый, алкогольный юмор с примитивными штампами и шаблонными шутками, преимущественно на алкогольную и сексуальную тематику. Алкогольная деградация с аспонтанностью характеризуется вялостью, пассивностью, снижением побуждений, полной утратой интересов и инициативы. Активность появляется только при приобретении спиртного. Потерявшие себя – так можно охарактеризовать этих людей. Социальные связи уже полностью утрачены – не могут работать, часто остаются без жилья, потеряны связи с родственниками.

Соматические последствия при третьей стадии практически необратимы (цирроз печени, панкреатит, полинейропатия и т. д.).

Динамику алкоголизма выражает не только стадийность, но и скорость формирования симптомов, то есть прогрессивность заболевания. Для оценки степени прогрессивности используют сроки формирования ААС после начала систематического злоупотребления алкоголем. Если ААС развивается в период до 5 лет, то диагностируют высокую степень прогрессивности заболевания, если от 7 до 15 лет — среднюю и свыше 15 лет — низкую степень прогрессивности.

Динамика алкоголизма определяется многими факторами: от наследственной предрасположенности, типа личности, наличия нервно-психических заболеваний или другой сопутствующей патологии, пола, возраста до качества количества употребляемых спиртных напитков.

Алкогольные психозы

К алкогольным психозам относятся психотические состояния экзогенного происхождения с острым, затяжным и хроническим течением, возникающие на 2-й и 3-й стадиях алкоголизма. У лиц с хроническим алкоголизмом по данным ВОЗ алкогольные психозы возникают в 10% случаев. Клинически выделяют следующие психозы - делирии, галлюцинозы и бредовые психозы.

Алкогольный делирий (белая горячка, состояние отмены с делирием — F10.4 по МКБ-10) — самая частая форма, составляющая более 75% всех алкогольных психозов. Выделяют четыре формы: классический, редуцированный, атипичный, тяжелый (мусситирующий, профессиональный).

Классический делирий обычно развивается на фоне абстинентного синдрома после длительного запоя при резкой отмене алкоголя или присоединении соматических заболеваний (особенно травм, хирургических вмешательств).

Начальные признаки: ухудшение ночного сна с кошмарными сновидениями, страхами и частыми пробуждениями, вегетативные симптомы (потливость, тремор), общая оживленность больного, лабильность аффекта. Делирий начинается обычно в вечерние часы. Появляются зрительные иллюзии, иногда лишенные объемности зрительные галлюцинации — «кино на стенке», с сохранностью критического отношения к ним. Отмечается неполная ориентировка в месте и времени. Мимика и движения оживлены, внимание легко отвлекается, настроение изменчиво с быстрой сменой противоположных аффектов.

В развернутой стадии делирия появляется полная бессонница, иллюзии усложняются или сменяются парейдолиями, возникают истинные зрительные галлюцинации. Преобладают множественные, образные и подвижные, иногда микропсихические галлюцинации (насекомые, грызуны, змеи, а также паутина, проволока, черная нитка). Иногда видят фантастических животных, людей, человекоподобных существ, представителей «нечистой силы». Галлюцинации могут калейдоскопически менять друг друга. При углублении делирия встречаются слуховые, тактильные и обонятельные галлюцинации.

При делирии отмечается выраженная полярность аффекта. Двигательные реакции соответствуют содержанию галлюцинаций. Бред отрывочен и также соответствует содержанию галлюцинаторных переживаний. Ориентировка в месте и времени нарушена, а в собственной личности сохранена. Периодически возникают светлые промежутки, особенно под влиянием внешних раздражителей (например, беседа с врачом). Психоз усиливается к вечеру и ночью. Параллельно наблюдается множество вегетативных симптомов, повышенная температура. Без лечения делирий продолжается 3-5 дней, иногда 7-10 дней.

Выход из делирия обычно происходит после продолжительного сна. По выходе из делирия частично сохраняются воспоминания о перенесенных психотических переживаниях.

Редуцированный делирий отличается кратковременностью психотической симптоматики, неразвернутостью форм ее проявления. Психоз длится несколько часов. Расстройства восприятия и аффективные переживания нестойки. Нет нарушения ориентировки, неврологическая симптоматика слабо выражена.

Острый алкогольный галлюциноз развивается на фоне похмельного синдрома или на высоте запоя. Отличительная черта галлюциноза — сохранность всех видов ориентировки. Галлюцинации начинают появляться в вечерние часы или ночью, в том числе и при засыпании (гипнагогические). Сперва возникают элементарные слуховые галлюцинации, а затем обильные вербальные галлюцинации. Они имеют нейтральное содержание для больного, критическое отношение к ним отсутствует. В последующем на фоне тревоги, растерянности появляются множественные словесные галлюцинации, исходящие от разных людей, которые начинают восприниматься как «хор голосов». Чувственность и наглядность слуховых галлюцинаций столь велика, что создается впечатление, что больной все это видит, а не слышит. Тематика галлюцинаций разнообразна и отличается изменчивостью. Тем не менее, обсуждение пьянства и его последствий — одна из наиболее постоянных тем. При наплыве галлюцинаторных переживаний появляется непродолжительная заторможенность.

Уже на начальном этапе галлюциноза появляются бредовые идеи (преследования, физического уничтожения, обвинения и т. д.), содержание которых определяется содержанием галлюцинаций. Обычно говорят о «бандитах», которые преследуют. Аффективная сфера, так же как и бред, определяется содержанием галлюцинаторных переживаний. Чаще это тревога, страх, отчаянье. Вначале преобладает двигательное возбуждение, которое сопровождается самообороной, обращением в милицию или прокуратуру. Иногда совершаются общественно опасные действия, суицидальные попытки. Вскоре поведение становится существенно более упорядоченным, что маскирует психоз, создает ложное и опасное представление об улучшении состояния. Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Выход из психоза происходит критически после глубокого сна либо постепенно. Длительность психоза от двух до пяти дней, редко до месяца.

Тема 3. Состояние зависимости от амфетаминов, реабилитация зависимых.

История немедицинского употребления амфетаминов. Эпидемиология

употребления амфетаминов. Классификация и механизмы действия амфетаминов. Клиника амфетаминовой зависимости. Методы диагностики. Синдром отмены амфетаминов. Острое отравление амфетаминами. Психозы при амфетаминовой зависимости. Марганцевая энцефалопатия при употреблении самодельных амфетаминов. Основные этапы лечения амфетаминовой зависимости. Психотерапия и реабилитация.

Амфетамин, синонимы: aktedrin, alentol, amphetamine, amphetrine, amphetamin sulfas, амфетамина сульфат (amphetamine sulfate), benzedrine sulfate, benzpropamin, euphodyn, фенамин (phenaminum), isoamin, ortedrine, psychedrinum, psychoton, racephen, raphetamin, sympamin, sympatedrine

Наиболее часто применяется в виде солей: амфетамина сульфата, фосфата или гидрохлорида. Эти соли представляют собой белые или цветные кристаллические порошки, растворимые в воде и спиртах. Амфетамины - наиболее близкие синтетические аналоги психостимулятора кокаина. От кокаина амфетамины отличаются меньшей эйфорией и более сильным стимулирующим действием.

Амфетамин был получен в 1932 году как средство, подавляющее аппетит. Амфетамины нашли сначала военное применение, а затем вошли в мировую психотерапевтическую практику. Длительное время амфетамином широко пользовались для повышения умственной и физической работоспособности, для лечения нарколепсии, депрессивных состояний, последствий энцефалита и других заболеваний, сопровождающихся сонливостью, вялостью, апатией, астенией, при постэнцефалитическом паркинсонизме. В настоящее время применяется под строгим врачебным контролем для лечения синдрома двигательного возбуждения и гиперактивности у детей.

Метамфетамин, синоним: первитин

По психическому и физическому воздействию метамфетамин схож с амфетамином. Из лекарства под названием солутан нелегальные потребители этого наркотика варят “винт”, содержащий метамфетамин и йод.

Тема 4. Психотомиметики, реабилитация зависимых

История употребления психотомиметиков. Эпидемиология употребления психотомиметиков. Классификация и механизмы действия психотомиметиков. Мескалин, псилоцибин, ЛСД, диметилтриптамин, кетамин, фенциклидин, декстрометорфан.

Галлюциногены

LSD, диэтиламид лизергиновой кислоты

LSD - “эталонный галлюциноген” - вещество без цвета, запаха и вкуса, всегда применялось в виде разнообразных субстратов, получаемых при добавлении капли раствора к различным сорбирующим материалам. Наиболее часто применялись: кубики сахара, марки, кусочки фильтровальной бумаги, фармакологически инертные порошки, которыми затем наполняются пустые желатиновые капсулы. В качестве другой распространенной формы LSD существуют так называемые пирамидки ("window panes" или "pyramids"), для получения которых LSD вводится в желатиновую матрицу и затвердевший желатин режется на маленькие кусочки. В настоящее время на нелегальном рынке существует микродот ("microdot"), представляет из себя круглые таблетки, примерно 1,6 мм в диаметре, характеризующиеся однородной дозировкой 50-100 мкг LSD в таблетке. Лизергиновая кислота содержится в спорынье (ergot fungus), ядовитых грибах рода *claviceps*, паразитирующих на злаках, ее получают из эргометрина или эрготамина тартрата.

Псилоцибин, псилоцин

К галлюциногенным грибам сейчас относят около 25 видов и из них 75% составляют представители рода псилоцибе (*psilocybe*). Это *p.caerulescens*, *p.semilanceata*, *p.pelliculosa*, *p.cubensis*. Основными психоактивными веществами этих грибов являются псилоцибин и псилоцин, также часто встречаются химически схожие баецистин, норбаецистин, которые, как и буфотенин, серотонин являются соединениями триптамина. Несколько разновидностей грибов встречаются в Европе. Наиболее обычный - "колпак свободы" (*psilocibe semilanceata*). Растет он с сентября по ноябрь, вплоть до первых морозов. Предпочитает расти среди травы на удобряемых скотом полянах, во влажных местах, на кочках, на орошаемых поверхностях. В кругу употребляющих галлюциногенные грибы считается, что примерным количеством для наиболее типичного переживания является приблизительно 30-40 свежих (уральских, московских, питерских, прибалтийских, белорусских) грибов или 40-60 сухих. Псилоцибин и псилоцин обладают свойством быстрого

нарастания толерантности к ним. Если после приема одной дозы принять такую же на следующий день, она вызывает только слабые эффекты, а иногда и вообще никаких. Грибы действуют приблизительно 4-6 часов. Начало действия наблюдается через 40 минут после приёма (грибной чай может начать действовать уже через 10 минут), возрастание до пика занимает еще около 1 часа, сам пик длится 1-3 часа, после чего следует спад в течение 1-2 часов. После окончания действия грибов еще приблизительно в течение нескольких суток может остаться последствие, называемое иногда "послесвечением" (от англ. *afterglow*), выражаемое в общем состоянии умиротворения и небольшом усилении восприятия.

Мескалин

Мескалин - алкалоид из группы фенилэтиламинов. Обладает галлюциногенными свойствами. Наиболее существенное содержание мескалина в кактусах *lophophora williamsii* (пейот) и *trichocereus pachanoi* (сан педро), произрастающих в Мексике и на юго-западе США. Верхние части низкого плотного кактуса содержат галлюциноген. Синтезируется мескалин искусственным путём из галловой кислоты.

Наряду с грибами вида *psilocybe mexicana* и лианой *rivea corymbosa*, лофофора вильямса принадлежит к тройке магических растений древней культуры Мексики.

Диметилтриптамин, DMT

DMT или *N,N*-диметилтриптамин психоактивное вещество из класса триптаминов, представляющее собой кристаллический порошок. Был синтезирован в 1931 году. Многие растения содержат DMT и подобные ему алкалоиды. Это некоторые из родов *psychotria*, *phalaris*, *acacia*, а также *arundo donax*, *desmanthus illinoiensis*, *phalaris arundinacea*. *Phalaris arundinacea* (красный канареечник) выглядит очень похоже на обычную траву для газонов и имеет одну из самых больших концентраций DMT. Эти травы часто используются в своих практиках шаманами Южной Америки. Напиток айяуаска содержит DMT в качестве одного из основных действующих компонентов. Испытавшие DMT-трип люди часто говорят, что эти переживания настолько отличаются от чего либо известного человеку, что их практически невозможно описать или выразить в словесной или иной форме.

Декстрометорфан, DXM

DXM содержится в препаратах (сиропах): туссин плюс, гликодин и в таблетках "туссал".

DXM - синтетический аналог морфина не имеющий опиоидных эффектов. В терапевтических дозировках не оказывает наркотического,

анальгезирующего и снотворного действия. Однако, в завышенных дозах вызывает диссоциативные переживания. Начало действия через 10-30 минут после приема, продолжительность в течение 5-6 часов. В медицине используется в основном для замены кодеина в качестве подавителя кашля.

Мускатный орех (*myristica fragrans*), синоним: джайпхал

Мускатный орех принадлежит к семейству *myristicaceae* (мускатниковых). Его выращивают в Индонезии, Индии, Шри-Ланке, Гренаде и в Африке. Плод мускатника внешне похож на персик, при созревании начинает растрескиваться на 2 части. В плоде крупное семя, защищенное твердой скорлупой и покрытое мясистым присемянником. После снятия присемянника семена подвергают огневой сушке, раскалывают и извлекают ядро - это и есть мускатный орех. Он содержит метилendioксид-замещенные соединения, проявляющие психоактивные психоделические свойства: миристицин, элмицин, сафрол.

Используется в медицине для лечения доброкачественных опухолей. Улучшает активность иммунной системы. Лечит стафилококковую инфекцию, оказывает благоприятное действие при туберкулезе, препятствует возникновению злокачественных опухолей. Способствует быстрой эпителизации и излечению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. С успехом применяется при лечении флебитов и варикозного расширения вен нижних конечностей.

Фенциклидин, синонимы: РСР, sernylan, sernyl

Фенциклидин - кристаллическое вещество растворимое в воде, метаноле и этаноле. В нелегальную продажу РСР поступает в виде таблеток или капсул для орального приема или порошка для ингаляций через рот или нос. После непродолжительного применения в ветеринарии производство лекарства было остановлено, РСР был изъят из обращения и запрещен для использования.

Гавайская роза (*hawaian baby woodrose, argyreia nervosa*)

Гавайская роза - растение азиатского региона: Восточная Индии, Бангладеш, Бирмы. Многолетняя лиана, вырастает до пяти метров в длину. Ствол тонкий, древовидный, ветвящийся, вьющийся; листья зеленые, сердцевидные. Цветы - от желтого до фиолетового, трубчатые (также как у многих вьюнов), диаметром до 5 см; плод - "деревянные" семена, выглядящие как маленькая, выточенная из дерева роза. Около 0,3% массы свежего семени занимают такие вещества, как эргин, изоэргин, эргометрин, лизергол, ханоклавин. Все эти вещества являются алкалоидами лизергиновой кислоты. Семена гавайской розы (*Argyrea nervosa*) входят в число запрещенных в нашей

стране.

Ипомея (ipomoea heavenly blue)

Ипомея (англ.: ipomea или ipomoea) также продаётся под названием "утренняя слава" (англ.: morning glory). Ипомея - вьюнок и однолетник, достаточно большое растение, в высоту достигает 1,5-3 метра. Содержащиеся в ипомее вещества являются алкалоидами лизергиновой кислоты (LSD) и обобщенно называются ЛСА - амиды лизергиновой кислоты.

Шалфей предсказателей или Шалфей наркотический (Sálvia divinórum)

Вид растений из рода Шалфей, из листьев которого получают галлюциноген сальвинорин-А. Известен под транслитерацией своего латинского названия «сальвия дивинорум».

Листья шалфея предсказателей (Silvia divinorum), также, как и семена гавайской розы (Argyrea nervosa), цветки и листья голубого лотоса (Nymphaea sacrulea) запрещены на территории Республики Беларусь.

Никотин

Никотин - алкалоид, содержащийся в табаке и, в следовых количествах, в некоторых других растениях семейства паслёновых (помидоры, картофель, зелёный перец, баклажаны). Название происходит от имени французского посла в Португалии Жана Никота, который впервые привез табак во Францию. В настоящее время табак выращивают во многих странах мира. Высушенные листья табака используют для курения. 15 ноября 1492 года, Христофор Колумб, в своём дневнике впервые описывает табак, который употребляют индейцы.

Никотин вызывает сильную психологическую зависимость. К сожалению, большинство курильщиков не видят необходимости бросать курить, так как они не замечают никаких краткосрочных рисков курения.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов (наркомании, вызванные галлюциногенами)

К галлюциногенам (психодизлептикам, деперсонализаторам, психоделикам, психотомиметикам, психотогенам), наиболее часто вызывающим зависимость, относится синтетический наркотик диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), а также псилоцибин, диметилтриптамин (ДМТ), декстрометорфан, мескалин, мускарин, фенциклидин, кетамин. Галлюциногенными свойствами обладают растения Гавайская роза, Шалфей предсказателей, Ипомея. Мускатный орех также содержит психоделические

биофлавоноиды.

Все без исключения галлюциногены вызывают эйфорию и своеобразные изменения сознания, восприятия и мышления. Главное в действии галлюциногенов — вызов необычного эмоционального состояния, которое можно сравнить с чувством открытия, религиозного откровения, прозрения. Это происходит на фоне спонтанной психопатологической продукции: наплывов мыслей, галлюцинаций, иллюзий с элементами эйдетизма, дереализации и деперсонализации, а также помрачения сознания по типу делирия или сновидного состояния (онейроида) с космической, религиозной, мистической тематикой. Состояние опьянения от галлюциногенов получило название «трипа» от английского trip — путешествие.

Галлюцинации чаще всего бывают зрительными, хотя могут быть и слуховыми, и тактильными. Галлюцинаторные расстройства сопровождаются разнообразными, часто противоположными аффективными переживаниями: эйфория, экстаз, которые сменяются тревогой, паникой. Для эмоций характерно чувство доверия и распахнутости по отношению к окружающим. Обостряется восприятие цвета, музыки, запахов. Характерны синестезии, когда «звук видят, а цвет слышат». Особенностью интоксикации ЛСД является «ощущение работы внутренних органов», оживление в памяти событий раннего детства, даже собственного рождения. Под воздействием галлюциногенов человек становится чрезвычайно внушаемым.

Длительность психических симптомов при приеме ЛСД продолжается до 12 часов, псилоцибина - до 6 часов, мескалина - 1-2 часа. Постинтоксикационный синдром характеризуется сниженным настроением, иногда с суицидными тенденциями. Продолжительность данного состояния от 1 дня до 1 недели.

Для лиц, злоупотребляющих галлюциногенами, характерны рецидивы психических расстройств через некоторое время после прекращения наркотизации. В одних случаях развиваются симптомы галлюцинаторно-параноического расстройства или галлюцинаторной депрессии, в других воспроизводятся фрагменты перенесенных в интоксикации переживаний в виде зрительных галлюцинаций и иллюзий. В американской психиатрии такие явления получили название «возвратных вспышек» (flashback). Продолжительность такой вспышки от нескольких минут до нескольких десятков часов. Кроме того, использование галлюциногенов может привести к затяжному интоксикационному психозу, спровоцировать манифестацию или рецидив эндогенного психического заболевания (шизофрении, аффективного психоза).

Галлюциногены не вызывают физической зависимости, однако формируют стойкую психическую зависимость. Толерантность при злоупотреблении наркотика растет, но быстро снижается в случае прекращения

употребления. Кроме выраженного психопатологического действия, галлюциногены обладают и тератогенным эффектом.

Злоупотребление фенциклидином. В группе наркоманий, вызванных применением галлюциногенов, отдельно выделяют зависимость от фенциклидина (РСР). Другие названия этого вещества - ангельская пыль, лошадиное лекарство, ракетное топливо.

РСР можно курить, принимать внутрь, вводить внутривенно, распылять и вводить «поверх других наркотиков» (марихуаны, героина, кокаина). Чаще его курят (иногда вместе с марихуаной). РСР в значительно большей степени вызывает пристрастие, чем галлюциногены.

Опьянение наступает через 5 минут после курения наркотика и длится 4-6 часов. Резко меняется поведение больного. Возникает легкая дезориентировка в окружающей обстановке, эйфория, расстройство схемы тела, зрительные и слуховые галлюцинации. Достаточно часто возникают и «плохие трипы», сопровождающиеся отрицательными эмоциями, паническим страхом и тяжелой депрессией. Отмечается выраженная лабильность аффекта.

При применении высоких доз (более 10 мг) отмечается дезорганизация мышления, психомоторное возбуждение, агрессия, недооценка окружающей обстановки. Именно поведенческие эффекты (выходы на дорогу, на встречу поезду) при передозировке РСР делают препарат опасным как для самого больного, так и для окружающих. Поскольку РСР обладает выраженным анальгезирующим эффектом, пациенты при возбуждении часто демонстрируют огромную силу, не ощущая при этом боли от разрывов сухожилий, мышц и переломов костей. Передозировка может сопровождаться судорогами, синдромами выключения сознания вплоть до комы. Прием РСР способствует развитию быстрой психологической зависимости. При хроническом употреблении РСР развивается психоорганический синдром с выраженным снижением памяти, нарушением других когнитивных функций, сонливостью, депрессией. После приема высоких доз РСР психоз может длиться до месяца.

Летучие наркотически действующие вещества (ЛНДВ)

В данную группу входят средства бытовой химии, свободно продаваемые в хозяйственных магазинах, а также лаки, краски, клеи, бензин и др. Возраст потребителей ЛНДВ 10 - 14 лет. Жидкостью (пятновыводителем, растворителем нитрокрасок, нашатырным спиртом, ацетоном) смачивают платок, тряпку или внутреннюю поверхность шапки, и ими закрывают нос и рот. Подышав несколько минут, ингаляцию прерывают, но еще в течение 5-20 мин могут продолжаться визуализированные представления. Описаны смертельные отравления от ингаляции смеси пятновыводителей с нашатырным спиртом. Толуол, клей раньше наливали в полиэтиленовые пакеты. В прошлые

годы, налив в них клей, подростки натягивали эти пакеты на лицо как маску. В состоянии глубокого опьянения, не будучи способными снять с себя пакет с токсическим веществом, достигали смертельно опасного опьянения или погибали от удушья. После этого при ингаляции стали только прикладывать мешок к лицу - в оглушении его роняли и вытрезвление наступало само собой.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих наркотически действующих веществ (ЛНДВ).

Летучие наркотически действующие вещества (ЛНДВ), ингалянты (бензин, ацетон, пятновыводители, растворители, некоторые сорта клея) - вещества, которые вдыхают с целью получить токсическое опьянение.

Опьяняющий эффект достигается несколькими вдохами. Опьянение имеет свои особенности у разных ЛНДВ. Так, при опьянении от паров бензина сперва возникает раздражение верхних дыхательных путей, затем происходит покраснение лица и глазных склер, расширяются зрачки. Нарушается координация движений, речь становится дизартричной. Затем возникает эйфория без заметного усиления двигательной активности. Если в данный момент прекратить ингаляцию, то признаки опьянения проходят за 15-30 минут и сменяются вялостью, головной болью, раздражительностью. Если ингаляция продолжается, то на высоте эйфории сознание утрачивает ясность, окружающее воспринимается иллюзорно, развивается делирий.

Опьянение парами пятновыводителей также имеет свои особенности. Эйфория выражена очень ярко — лицо расплывается в блаженной улыбке, подросток начинает громко хохотать. Имеются сенестопатии в виде своеобразных ощущений, идущих от кожных покровов: покалывание, «приятное жужжание», «как под током». Далее следует визуализация представлений — «что захочу, то и увижу». Сами подростки называют эти ощущения «глюками» или «мультиками». При длительно продолжающейся ингаляции может возникнуть онейроидное помрачение сознания. Видения уже не возникают «по заказу», а перед подростком разворачиваются сценopodobные галлюцинации, нередко фантастического содержания, напоминающие увлекательный фильм. Ощущение, что эти переживания нереальны, сохраняется. Опьянение парами ацетона внешне напоминает картину тяжелого опьянения парами пятновыводителей. При тяжелом опьянении вслед за онейроидом может последовать сопор, а затем кома.

Для ингаляции паров клея (максимальную популярность в нашей стране приобрел клей «Момент») используют целлофановые мешки. Помимо эйфории наиболее характерным является наплыв галлюцинаторных зрительных образов («мультиков»). Нередко содержанием «мультиков» являются подростковые сексуальные фантазии. Подростки могут быть часами увлечены подобными видениями, периодически «добавляя дозу». Внешнее препятствие

продолжению ингаляций вызывает озлобление, иногда агрессию.

Синдром зависимости при злоупотреблении ЛНДВ проявляется выраженным стремлением к наркотизации. Учеба, семья у подростка отходят на второй план. Формируется группа из 2-3 человек, нюхающих ЛНДВ. Группа формируется по месту жительства или по месту учебы. Применение ЛНДВ - проявление группового поведения подростков. Зависимость поначалу носит групповой характер. Ингалянтами пользуются почти исключительно мальчики (до 97%). Большинство начинает злоупотреблять в младшем или среднем подростковом возрасте (12-14 лет), хотя бывают случаи злоупотребления уже в 9-11 лет. В старшем подростковом возрасте большая часть прекращает злоупотребление ЛНДВ. Многие переключаются на злоупотребление алкоголем. Кроме непосредственных тяжелых последствий злоупотребления ЛНДВ, исследования показали, что подростки, злоупотребляющие ингалянтами, оказались группой высокого риска развития хронического алкоголизма.

Тема 5. Диагностика и лечение зависимости от опиоидов, каннабиноидов, реабилитация зависимых.

История немедицинского употребления опиоидов. Эпидемиология опиоидной зависимости. Классификация и механизмы действия опиоидов. Клиника опиоидной зависимости. Методы диагностики. Синдром отмены опиоидов. Сопутствующие психические и соматические заболевания при опиоидной зависимости. Основные этапы лечения опиоидной зависимости. Лечение синдрома отмены опиоидов. Психотерапия и реабилитация при опиоидной зависимости. Первичная профилактика опиоидной зависимости. Стратегии снижения вреда. Лечение сопутствующих заболеваний при опиоидной зависимости. Заместительная терапия опиоидной зависимости. Каннабиноиды: эффекты применения и последствия.

Опиаты

Героин, синонимы: диацетилморфин, диаморфин

Полусинтетический опиоид. Чаще всего используется в виде диацетилморфина основания или гидрохлорида. Это изготовленный в подпольных лабораториях наркотик. Светлый сероватокоричневый порошок в виде мелких кристалликов с неприятным запахом. Обычно горький, если разводится сахарной пудрой - со сладким привкусом. Встречается героин, разведенный стиральным порошком (у распространителей героин с добавками называется «коричневым»).

Диацетилморфин был впервые синтезирован в 1874 году Алдером Райтом, английским химиком, работавшем в медицинской школе при госпитале Св. Марии (Лондон). В качестве лекарственного средства от кашля, диацетилморфин был выпущен немецкой фармацевтической компанией Bayer AG в 1898 году под торговой маркой "героин" (Считается, что название "героин" происходит от слова "героический"). Препарат продавался как успокаивающее при кашле и как не вызывающая привыкания замена морфию. В течение ряда лет медицина не замечала опасности использования героина. В 1924 федеральный закон США сделал любое использование героина незаконным.

Метадон, синонимы: фенадон, amidone, аданон (anadon), фенадон (phenadone), долофин (dolophine), физептон (physeptone), гептадон (heptadone)

Является синтетическим опиоидом. Метадон имеет высокое сродство к опиоидным рецепторам и с 1963 года по настоящее время применяется для заместительной терапии зависимости от героина в рамках "поддерживающих программ" ("Methadone maintenance program"). Чтобы предупредить развитие физической зависимости, дозировка при лечении поддерживается на одном уровне или непрерывно уменьшается. Лечение обычно проводят в течение продолжительного периода времени с одновременным назначением других терапевтических средств и сеансов психотерапии. Вместе с тем, его применение для лечения не бесспорно и отвергается многими врачами-наркологами, считающими сомнительной пользу от его применения, а вред очевидным. Кроме того, метадон имеет значительный наркотический эффект, ведущий к злоупотреблениям.

Промедол, синонимы: тримеперидин (trimeperidine), меперидин, демерол

Относится к опиоидным анальгетикам (обезболивающим). Применяется в медицине при болевом синдроме сильной и средней интенсивности (послеоперационная боль, инфаркт миокарда, почечная колика, боль у онкологических больных, травмы и др.), при необходимости - как анальгетический компонент общей анестезии. При длительном применении промедола увеличивается толерантность и развивается зависимость.

Бупренорфин, синонимы: анфин (anfin), бупренекс (buprenex), норфин (norfin), buprenal, buprex, lepetan, norphine, temgesic

Бупренорфин - это полусинтетический опиоид. Бупренорфин зарекомендовал себя как не менее эффективное, чем метадон средство, для

лечения зависимости от героина. Он эффективно устраняет выраженные боли в послеоперационном периоде, болевой синдром при почечной колике, раке, инфаркте миокарда.

Морфин, синонимы и лекарственные формы: морфина гидрохлорид, морфина сульфат, морфина тартрат, морфилонг (morphilongum), анторфин, skenap

Морфин - один из главных алкалоидов опия. Встречаются в растениях рода мак, стефания, синомениум, луносемянник. Получают морфин из застывшего млечного сока (опия), выделяют из коробочек опий-содержащего мака. Морфин является основным представителем группы опиоидных наркотических анальгетиков. Впервые морфин был выделен немецким фармакологом Фридрихом Сертюнером из опиума в 1804 году. Именно Ф. Сертюнер дал морфину его название по имени бога сновидений в греческой мифологии - Морфея, сына Гипноса, бога сна. В медицине применяют производные морфина, в частности, гидрохлорид для инъекций при сильной боли.

Трамадол, синонимы: трамал (tramal), crispin, melanate, маброн, мендесик, традол, синтрадон, протрадон, трамалгин

Применяют трамадол при сильных острых и хронических болях: в послеоперационном периоде, при травмах, у онкологических больных, а также перед операциями. Используют для обезболивания при проведении болезненных диагностических или терапевтических мероприятий.

Ацетилированный опий, синоним: экстракционный опий

Ацетилированный опий - средство кустарного изготовления, содержащее до 12% героина, которое широко распространено в странах, где есть дикорастущий мак. Сырьем для его изготовления являются высушенная опийная смола или маковая солома, оно может быть приготовлено различными способами. Полученное в результате вещество можно курить, как опиум, или развести водой и вводить внутривенно (нередко с добавлением лекарств).

ЛААМ, синоним: лево-альфа-ацетил-метадол

Является синтетическим агонистом опиатных рецепторов. Впервые был опробован в 1948 году в качестве анальгетика. Фармакологические эффекты аналогичны таковым других опиатов - аналгезия, седация, угнетение дыхания. От метадона он отличается отсроченным началом действия (спустя 24-36 часов) и большей его продолжительностью (48-72 часа). Это позволяет применять ЛААМ для заместительной терапии, причем с кратностью приема меньшей, чем

метадон или другие препараты.

В США препарат под названием ORLAAM (levomethadyl acetate hydrochloride oral solution) был зарегистрирован для заместительной терапии опиатной зависимости в 1993 году (Food and Drug Administration, 1993). Согласно рекомендациям препарат может приниматься 3 раза в неделю. Такой график приема может быть более удобен для пациента, чем в случае с метадоном, когда требуется ежедневное посещение лечебного реабилитационного учреждения. LAAM может применяться для заместительной терапии, как с самого ее начала, так и после терапии метадоном. В настоящее время препарат все шире применяется и в европейских программах заместительной терапии.

Кодеин, синоним: метилморфин

По характеру действия кодеин близок к морфину, но болеутоляющие и наркотические свойства выражены слабее; сильно выражена способность уменьшать возбудимость кашлевого центра. В фармакологии применяется фосфат кодеина. Применяют главным образом при непродуктивном кашле (бронхопневмония, бронхит, эмфизема легких); болевой синдром слабой и умеренной степени выраженности (в сочетании с ненаркотическими анальгетиками - головная боль, невралгия).

Фентанил

Фентанил и его аналоги представляют класс синтетических опиоидных анальгетиков. Аналоги фентанила: 3-метилфентанил альфа-метилфентанил (белый китаец (china white)), суфентанил (sufentanyl) - используется в кардиохирургии, карфентанил, используемый в ружейных капсулах для обездвиживания диких животных, лофентанил - отличается очень длительным действием, эффективен в травматологии, альфентанил (alfentanyl) - анальгетик ультракороткого действия (10 минут), ацетил-альфа-метилфентанил, бета-гидроксифентанил, тиофентанил, пара-фторфентанил, бета-гидрокси-3-метилфентанил.

Фентанил был синтезирован в конце пятидесятых фармацевтической компанией Janssen. Под названием sublimaze он введен в клиническую медицину как внутривенный анестетик для премедикации. Существуют сведения об использовании фармацевтического фентанила в качестве допинга на лошадиных скачках.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов (опиатная наркомания, наркомания морфинового типа)

Опиаты относятся к группе наркотических анальгетиков. Они включают обширную группу фармакологических препаратов, получаемых из разных

сортов снотворного мака, а также синтетическим путем. К наркотикам опийной группы относятся следующие препараты: натуральные — опий-сырец, маковая соломка, подсохший млечный сок мака, чистые алкалоиды опия (морфин, кодеин, и др.), опнопон, кустарно приготовленные из мака препараты (ханка, кокнар); синтетические дериваты опия (метадон, промедол и др.); полусинтетические — героин, получаемые путем химического видоизменения молекулы морфина.

Опиатная наркомания является самой распространенной из официально зарегистрированных и составляет до 90% всех наркоманий. С середины 90-х годов в структуре опийной наркомании на первое место вышел героин — препарат, вызывающий наиболее тяжелую форму наркомании. Препараты опия используют путем курения, вдыхания (интраназально), их принимают внутрь, но чаще всего вводят внутривенно.

Внутривенное введение здоровому человеку терапевтической дозы морфина (10 мг) вызывает состояние опьянения, которое проходит через несколько фаз. Первая фаза («приход» — на сленге наркоманов) наступает через 10-30 секунд после инъекции. Появляется приятный зуд кончика носа, подбородка, лба, чувство тепла в области поясницы и живота, поднимающееся вверх. Приятные кожные ощущения. Сознание сосредоточено на телесных ощущениях «прихода». Длится до 5 минут. Первая фаза отмечается только при внутривенном применении наркотика. Вторая фаза - «кайф, таска, волокуша, нирвана» - благодушная истома, восторг, ленивое удовольствие, тихий покой. Появляются приятные грезоподобные фантазии, визуализация представлений. Внешние раздражители воспринимаются искаженно. Продолжительность 3-4 часа. Третья фаза - поверхностный сон в течение 2-3 часов. Четвертая фаза - последствие. Характерно плохое самочувствие, головные боли, бессонница, иногда тревога, тошнота, мелкий тремор рук, языка, век.

Диагностика опийного опьянения не представляет трудности. Очень характерно сужение зрачка («симптом булавочной головки»). Кожа и слизистые бледные, сухие, отмечается гипотензия, брадикардия, повышение сухожильных рефлексов. При передозировке отмечается сноподобное состояние, которое переходит в кому, смерть наступает от паралича дыхательного центра. Хроническое введение героина вызывает толерантность к большинству его фармакологических (в том числе психотропных) эффектов. К препарату быстро формируется пристрастие и зависимость. Наркогенный потенциал героина превосходит соответствующие показатели у всех остальных опиатов, в связи с чем героин запрещен к производству и применению, несмотря на наличие у него свойств мощного наркотического анальгетика. Однократное применение наркотика не вызывает зависимости. Зависимость появляется после 3-5 внутривенных инъекций героина. В среднем этап

эпизодического введения препарата продолжается 2-3 месяца. Если прием наркотика с самого начала становится регулярным, то период возникновения зависимости сокращается до 1-2 недель. Отличительным признаком опиатной зависимости является то, что она возникает даже при использовании малых доз препаратов, которые применяются в ряде случаев для терапевтических целей.

У лиц, зависимых от опиатов через 6-18 (5-12) часов после последнего приема отмечаются начальные признаки **абстинентного синдрома**, похожие на грипп и кишечную инфекцию, появляется острое желание принять наркотик, плохое настроение, эмоциональное напряжение, раздражение. Помимо этих признаков появляются симптомы, за которые ответственна вегетативная нервная система: расширение зрачков, слезящиеся глаза, чихание, насморк, слюнотечение, озноб, потливость, "гусиная кожа", зевота. Второй этап (1 -2 суток) характеризуется появлением дополнительных проявлений: напряжение мышц спины, рук и ног. Ранее описанные симптомы усиливаются и на второй день достигают максимального уровня. Появляется чувство тревоги, физическая слабость, тахикардия, аритмия, учащенное дыхание, увеличение температуры до субфебрильной (37,1-37,2°C), тошнота, рвота, понос, тремор. К концу второго дня кризиса и в интервале 48-72 часов усиливаются боли в мышцах спины, появляются выламывающие боли мышц рук и ног, сведение жевательных мышц. Далее присоединяются нестерпимые боли в животе, пояснице, области сердца, сведение икр, зуд и жжение. Психические расстройства выражаются в депрессии, раздражительности, истерии, психопатических реакциях, отказе от пищи, склонности к гневу, агрессии, суициду.

«Ломка» оправдывает свое название. Больные не могут найти себе место, говорят, что их «крутит», «сводит», «выламывает суставы» и т. д. Перемена положения тела на короткое время приносит некоторое улучшение, поэтому больные постоянно меняют позу: ложатся, садятся, приседают, поднимают вверх ноги, катаются по полу и т. д. Острая фаза длится 7-10 дней, затяжная абстиненция — до 6 месяцев и характеризуется гипотензией, брадикардией, бессонницей, отсутствием аппетита и пассивностью.

Злоупотребление опиатами влечет за собой заболевание гепатитом, сифилисом, СПИДом, нарушение работы печени (цирроз, рак), сердца, легких и головного мозга, резкое снижение иммунитета, высокий риск развития гнойно-инфекционных осложнений. Характерны изменения психики при опийной наркомании. Крайне сужен круг интересов - больных волнует только то, что связано с наркотиком. Отмечаются эмоциональное огрубление, черствость, патологическая лживость, снижение, а потом и утрата морально-этических норм, принятых в социуме. Речь наркомана изобилует жаргонными словами.

Деформация психики, наступившая вследствие употребления наркотиков

опиатной группы, приводит к полной изоляции от нормальной жизни в обществе. Такие люди или не заводят семьи или разрушают их, не заботятся о своих детях. Также они не работают, легко идут на преступления, не раскаиваясь в них, после чего попадают в места лишения свободы. Могут погибнуть из-за полукриминального образа жизни, совершают самоубийства. К сожалению, их нельзя считать полноценными членами общества. Средняя продолжительность жизни регулярно употребляющих наркотики опиатной группы составляет 5 - 7 лет с начала употребления и в настоящее время редко превышает 30 лет

Каннабиноиды

Марихуана, синонимы: конопля, каннабис, план, дудка, шмаль, дурь, pot, ganga, bhang и др.

Марихуана - наркотический препарат, содержащий психоактивные каннабиноиды. Это высушенные верхние части растения конопли (*cannabis sativa*, *cannabis indica* или *cannabis ruderalis*). Основным психоактивным веществом конопли является дельта-9-тетрагидроканнабинол (ТГК). Тетрагидроканнабинол не является единственным психоактивным веществом, хотя остаётся самым важным. Почти во всех странах мира, свободный оборот марихуаны запрещен законодательно, за исключением Нидерландов, Бельгии, Люксембурга, датского самоуправляемого города Христиании, в которых допускается приобретать небольшие дозы для личного употребления в специальных заведениях. В других странах (например, в Канаде и в некоторых штатах США), позволено только её медицинское использование. Препараты каннабиса нашли применение при болезни Альцгеймера, для улучшения состояний больных раком и СПИДом, успешно используются в борьбе с тошнотой, вызванной применением противораковых препаратов.

Гашиш

Гашиш – прессованная смесь смолы, пыльцы, мелко измельченных верхушек и соцветий конопли, своей консистенцией напоминающая пластилин.

В Индии, чтобы сделать гашиш с особо высоким содержанием психоактивных веществ, с глубокой древности применяется следующий способ: верхние части растения помещаются в овечью шкуру, выкапывается яма, на дно ставится емкость для сбора гашиша. Внизу шкуры делается отверстие для выхода смолы, и шкура закапывается на некоторое время. Из килограмма конопли гашиша получается не более 40 грамм.

Психические и поведенческие расстройства вследствие

употребления каннабиноидов (наркомания, вызванная препаратами конопли)

Конопля является наиболее часто употребляемым наркотиком, распространенным во всем мире. Смесь, приготовленная из стеблей и листьев конопли с небольшим добавлением цветков, называется марихуаной («травка», «сено»). Смолистое вещества собранное из верхушек травы каннабиса, называют гашишем (анаша, банг, план, «дурь»). В растениях содержатся различные ароматические альдегиды каннабинола (главным образом, тетрагидроканнабинолы), которые обладают наркотическим действием. Гашиш и марихуану обычно курят в чистом виде или в смеси с табаком, иногда жуют и глотают в пилюлях, или принимают с пищей. При курении эффект каннабиноидов наступает быстрее.

Наркотический эффект зависит не только от дозы, но и от окружающей обстановки, ожиданий потребителя, его личностных характеристик. Впервые в жизни курение гашиша может не вызвать никаких ощущений даже при наличии соответствующей установки. Эйфория, как правило, наступает лишь после 2-3-го раза. Более того, первые пробы могут сопровождаться неприятными ощущениями: чувством сухости во рту и носоглотке, стеснение в груди, затруднение дыхания. Возможны тахикардия, головокружение, тошнота и рвота. Однако это не мешает лицам, в первую очередь подросткам, повторять наркотизацию. Вместе с тем, бывают случаи, когда эйфория наступает с первой пробы наркотика.

Действие начинается с чувства жажды и голода, сухости во рту. Появится ощущение тепла. Возникает эйфория с многоречивостью, ускорена темпа мышления, бурным потоком ассоциаций. Усиливается моторная активность. Любые действия и слова окружающих вызывают дурашливый неудержимый смех. Возникают иллюзии, звуки приобретают особый резонанс. Аффект неустойчив — могут возникать приступы тревоги, страха. Затем происходит спад возбуждения. Длительность интоксикации зависит от дозы и продолжается от 30 минут до нескольких часов. По выходе из опьянения резко повышен аппетит (вплоть до состояния булимии — волчьего голода). Сознание ясное, присутствует апатия, вялость, которая переходит в сон. При передозировке — зрачки расширены, лицо гиперемировано. Отмечаются выраженная тахикардия, повышение артериального давления, координация движений нарушена. Больной находится в оглушении, которое через коллапс может перейти в сопор и кому. Психически отмечаются признаки острого психоза с возбуждением, галлюцинациями, отрывочным бредом, колебаниями аффекта.

В течение первого года эпизодического (1-2 раза в неделю) употребления гашиша не развивается привыкания и пристрастия к наркотику. При увеличении же употребления в течение года развивается пристрастие.

Появляется систематическая форма потребления, рост толерантности, изменяется действие наркотика — нет гиперемии, тахикардии, тревоги. Влечение к наркотику обсессивное (навязчивое). Возможно совместное применение с алкоголем. Через 2-5 лет возможно появление синдрома физической зависимости, который выражен намного слабее, чем при употреблении опиатов. Снижается эйфоризирующее действие наркотика, преобладает тонизирующее. Часто снижение эйфории во время опьянения толкает больного на употребление более сильного наркотика. Толерантность к наркотику возрастает. Перестают употреблять вместе с алкоголем, курят в одиночку без примеси табака, употребляя теплое питье для усиления эффекта. Стимулирующее действие наркотика представляет единственно возможное оптимальное состояние, приносящее психический комфорт. У зависимых от каннабиса появляется синдром отмены, который характеризуется следующими психическими и физическими проявлениями. Наиболее общий признак синдрома отмены - бессонница. Ее тяжесть может варьировать от нескольких ночей подряд совершенно без сна до нескольких месяцев, когда бессонница возникает время от времени. Другой частый симптом - депрессия (если только употребляющий не впадет в болезненную эйфорию), и затем - кошмары и яркие сны. Марихуана имеет тенденцию подавлять сновидения, поэтому, когда человек очищается от нее, сны возвращаются с удвоенной силой. Это могут быть ярко окрашенные, эмоционально-насыщенные сны или кошмары, иногда воспринимаемые как реальность. Проснувшись и затем, опять заснув, человек попадает в тот же самый сон. Эти еженощные яркие сны обычно возникают примерно через неделю после отказа от наркотика и продолжаются около месяца, а затем постепенно исчезают. Сны «с употреблением» (сны, в которых присутствует курение марихуаны) случаются очень часто и могут продолжаться на протяжении нескольких лет, хоть и с меньшей яркостью, чем в первые недели, они рассматриваются как нормальное явление для выздоровления. Четвертый наиболее общий симптом - раздражительность. Она может варьировать от постепенно нарастающей злости на фоне постоянной раздражительности до внезапных вспышек неудержимого гнева: гнева на весь мир, гнева на близких, гнева на себя - за то, что пристрастился к наркотику и за то, что отказался от него. Эмоциональные пики с чувствами, мечущимися между подавленностью, гневом и эйфорией, возникают постоянно. Иногда появляются чувства тревоги или беспокойства, потеря чувства юмора, снижение сексуального влечения или повышение сексуального влечения. Большинство этих эмоций нормализуется в течение трех месяцев. Нарушения внимания в течение первых недель также очень распространено и иногда в течение короткого периода даже лишает возможности учиться или работать. Наиболее частый физический симптом - головные боли. У тех, кто ими

страдает, они могут продолжаться от нескольких недель до пары месяцев, и быть очень интенсивными в первые несколько дней. Другое часто встречающееся расстройство - ночная потливость, иногда такая сильная, что приходится менять белье. Она может тянуться от нескольких ночей до месяца или около того. Потоотделение - один из естественных путей тела для избавления от токсинов. Потливость ладоней также часто встречается и сопровождается неприятным запахом от рук. Запах от тела достаточно сильный, поэтому во многих случаях, необходимы дополнительные душ или ванна. Кашель с мокротой – другой путь, которым тело очищает себя. Он может длиться в течение от нескольких недель до шести месяцев. Треть потребителей каннабиноидов имеют проблемы с пищеварением в течение первых нескольких дней (некоторые – до шести недель). Главными симптомами были потеря аппетита (иногда достаточная для временной потери веса), желудочные колики после еды, поносы и тошнота (иногда с рвотой – не продолжительнее одного-двух дней). Большинство проблем с пищеварением проходят в течение месяца. Следующая по частоте группа физических расстройств – тремор (дрожь) или тряска, а также головокружение. Менее часто встречаются боли в спине, импотенция, нарушения гормонального баланса, снижение иммунитета, постоянная усталость, и незначительные нарушения зрения, которые проходят в течение 2-х месяцев. Человека, употребляющего марихуану не реже раза в день, можно легко отличить от других людей по внешним проявлениям, таким как набухшие отёчные мешочки на скулах, сухие морщины на лбу, остекленевшие, медленно движущиеся глаза, нарушенная, замедленная речь. Частое употребление ведёт к изменениям в психике и взглядам на жизнь, изменениям социальной ориентации человека, интроверсии. По мнению многих, желание «разнообразия» впечатлений и соответствующее социальное окружение легко могут привести к переходу на более тяжёлые наркотики. Это главный аргумент противников употребления марихуаны. У курящих марихуану наблюдается **синдром потери мотивации** - введённый в начале шестидесятых годов термин для описания клинически наблюдавшегося «влияния употребления марихуаны на появление и развитие более пассивных личностных характеристик, немотивированных личностей, замкнутых на внутреннем мире». В список симптомов были включены: апатия, повышенная чувствительность, отсутствие желаний, пониженное ощущение задач и целей, сложности в сосредоточении и концентрации внимания. Этот феномен чаще возникает у употребляющих марихуану каждый день и большими дозами молодых курильщиков.

Однако в Нидерландах официально разрешена публичная продажа лёгких наркотиков (с целью снижения употребления тяжелых наркотиков). Кафешоп (кофешоп, кафе-шоп, нидерл. *coffeeshop*) - разновидность заведений (в

основном, в Нидерландах) имеющих разрешение на публичную продажу конопли и продуктов из нее. Деятельность кафешопов регулируется «Опиумным законом» под контролем наркотической полиции Нидерландов.

Тема 6. Зависимость от бензодиазепинов, реабилитация зависимых.

Физиологические механизмы действия бензодиазепинов. Основные бензодиазепины, применяемые в медицине. Клиника зависимости от бензодиазепинов. Методы диагностики. Синдром отмены бензодиазепинов. Основные этапы лечения зависимости от бензодиазепинов. Лечение синдрома отмены бензодиазепинов. Психотерапия при зависимости от бензодиазепинов. Первичная профилактика зависимости от бензодиазепинов.

Седативные и снотворные средства

Транквилизаторы, синоним: производные бензодиазеина

К ним относятся: Алпразолам (алпракс, кассадан, ксанакс), диазепам, клоназепам, лоразепам, мезапам, нитразепам, темазепам, тофизопам, триазолам, феназепам, хлорзепид и др. Применяются для лечения тревожных состояний и различных невротических состояний, а также нарушений сна. Медицинское использование препаратов данной группы подразумевает четкое следование рекомендациям врача.

Барбитураты, синоним: производные барбитуровой кислоты

Барбитураты, обладают снотворным, противосудорожным и седативным действием, обусловленным угнетающим влиянием на центральную нервную систему. К этой группе препаратов относятся: фенобарбитал, барбамил, натрия амитал, секонал, туинала, барбитал, минал, этаминал-натрий, бромитал.

Сейчас их использование с снотворной целью почти полностью прекращено. Гексенал, тиобутал и тиопентал-натрий применяют в анестезиологии для подготовки больного к наркозу - предварительное введение барбитуратов усиливает действие наркотических, местноанестезирующих и обезболивающих средств.

Ветеринары употребляют пентобарбитал как обезболивающее средство и средство для эвтаназии (безболезненный уход из жизни).

Барбитуровая зависимость является одной из наиболее тяжелых. Она имеет много общих особенностей со злоупотреблением алкоголем. Алкоголь и барбитураты обладают некоторым стимулирующим действием, но их

седативный эффект более выражен.

Опьянение наступает от двойной или тройной терапевтической дозы и имеет фазность течения: Первая фаза возникает сразу «на игле» - мгновенное оглушение, когда в глазах темнеет, окружающее не воспринимается. Длительность первой фазы несколько секунд. Вторая фаза характеризуется беспричинным весельем, двигательным возбуждением. Восприятие окружающего искажено. Длительность ее 2-3 часа. В третьей фазе наступает глубокий тяжелый сон продолжительностью 3-4 часа. В четвертой фазе пробуждения - вялость, разбитость, астения. Могут быть неврологические симптомы, головная боль, жажда, аппетит отсутствует.

Из-за относительно небольшой разницы между дозами препарата, оказывающими терапевтическое и токсическое действие, могут отмечаться передозировки, которые нередко заканчиваются летально из-за остановки дыхания.

Развитие заболевания происходит за 3-4 месяца регулярного приема барбитуратов. Как и для любой наркомании, при злоупотреблении барбитуратами отмечается стадийность течения заболевания. Абстинентный синдром (2-я стадия наркомании), как правило, тяжелый и является наиболее характерной чертой наркомании (токсикомании) данного типа. Он развивается в течение первых 24 ч после отмены препарата, достигает пика своей выраженности через 2-3 дня, затем симптоматика медленно ослабевает. Симптомы, характерные для барбитуровой абстиненции: тревога, непроизвольные мышечные подергивания, тремор, прогрессирующая слабость, головокружение, искажение зрительного восприятия, тошнота, рвота, бессонница, повышение АД в сочетании с резким падением давления при вставании. Часто возникают развернутые судорожные припадки. В абстиненции отмечаются делирии, по клинической картине сходные с алкогольными. Причем припадки обычно развиваются в первый или второй день абстинентного синдрома, а психоз возникает позже. При тяжелой зависимости абстинентный синдром может стать угрожающим для жизни.

При длительном злоупотреблении снотворными очень быстро формируется психопатоподобный дефект, напоминающий органический. Появляется утомляемость, истощаемость внимания, невозможность интенсивной умственной деятельности. Падает работоспособность: больные работают только после приема достаточной дозы препарата, которая оказывает стимулирующее действие.

В последующем довольно быстро из-за токсической энцефалопатии наступает деградация, проявляющаяся выраженным интеллектуально-мнестическим снижением.

Злоупотребление и зависимость от транквилизаторов встречаются довольно часто. Более склонны к расстройствам приема транквилизаторов женщины. Чаще всего используются препараты бензодиазепинового ряда (бензодиазепины).

Зависимость чаще наступает от транквилизаторов и снотворных короткого действия (ксанакс, имован, лоразепам, триазолам и др.). Возникает зависимость и от транквилизаторов длительного действия (нозепам, радедорм, элениум, диазепам, феназепам). Характерными для привыкания к бензодиазепинам являются нарушения ритма сон - бодрствование с ночными пробуждениями и невозможностью заснуть без приема очередной дозы препарата.

Эйфорический эффект возникает от дозы в 5-10 раз превышающей терапевтическую. Клиника опьянения похожа на барбитуровое опьянение, но частично зависит от принимаемого препарата. Так, радедорм вызывает опьянение, похожее на алкогольное, с выраженной заторможенностью, сонливостью. Феназепам вызывает расторможенность, немотивированную двигательную активность. Диазепам (реланиум, седуксен) вызывает эйфорию, особенно при внутривенном применении. Для усиления эффекта больные часто комбинируют препараты из этой группы. Внешне пациенты в интоксикации похожи на лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения.

Через 3-4 недели после начала систематического приема бензодиазепинов прежние дозы уже не вызывают эйфории. Количество принимаемого вещества увеличивается, растет толерантность. Синдром отмены бензодиазепинов напоминает синдром отмены алкоголя. Течение бензодиазепиновой токсикомании менее злокачественное, чем барбитуровой, возможны спонтанные ремиссии.

Существуют особенности, характерные для пациентов с явлениями лекарственной зависимости от бензодиазепинов: предстоящая отмена препарата вызывает опасения ухудшения состояния; этот страх преципитирует проявление соматических симптомов тревоги; бензодиазепины представляются больным как единственный путь контроля вегетативного возбуждения, в то время как другие стратегии преодоления стресса отсутствуют; больные отличаются особой структурой личности, сфокусированной в большей степени, чем в норме, на телесных симптомах.

В связи с возможностью развития привыкания и лекарственной зависимости Согласно рекомендациям ВОЗ (1996) не рекомендовала применять транквилизаторы бензодиазепинового ряда непрерывно более 2-3 недель. При необходимости длительного лечения (несколько месяцев) курс рекомендуется проводить прерывистым методом, прекращая прием препарата на несколько дней с последующим назначением той же индивидуально подобранной дозы. Чтобы уменьшить риск развития синдрома отмены, при отмене препарата дозу

рекомендуется снижать постепенно.

При длительном злоупотреблении транквилизаторами, как и при злоупотреблении снотворными, формируется своеобразный дефект личности, напоминающий органический. У больных отмечаются интеллектуально-мнестические нарушения, снижаются нравственные и этические нормы поведения. Больные становятся непригодными к работе, связанной как с интеллектуальной, так и с физической нагрузкой.

Тема 7. Злоупотребление летучими наркотически действующими веществами (ЛНДВ), реабилитация зависимых.

Классификация ЛНДВ. Клиника злоупотребления и зависимости от ЛНДВ. Основные предрасполагающие факторы. Профилактика и лечение злоупотребления и зависимости от ЛНДВ.

Летучие наркотически действующие вещества (ЛНДВ)

В данную группу входят средства бытовой химии, свободно продаваемые в хозяйственных магазинах, а также лаки, краски, клеи, бензин и др. Возраст потребителей ЛНДВ 10 - 14 лет. Жидкостью (пятновыводителем, растворителем нитрокрасок, нашатырным спиртом, ацетоном) смачивают платок, тряпку или внутреннюю поверхность шапки, и ими закрывают нос и рот. Подышав несколько минут, ингаляцию прерывают, но еще в течение 5-20 мин могут продолжаться визуализированные представления. Описаны смертельные отравления от ингаляции смеси пятновыводителей с нашатырным спиртом. Толуол, клей раньше наливали в полиэтиленовые пакеты. В прошлые годы, налив в них клей, подростки натягивали эти пакеты на лицо как маску. В состоянии глубокого опьянения, не будучи способными снять с себя пакет с токсическим веществом, достигали смертельно опасного опьянения или погибали от удушья. После этого при ингаляции стали только прикладывать мешок к лицу - в оглушении его роняли и вытрезвление наступало само собой.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих наркотически действующих веществ (ЛНДВ)

Летучие наркотически действующие вещества (ЛНДВ), ингалянты (бензин, ацетон, пятновыводители, растворители, некоторые сорта клея) - вещества, которые вдыхают с целью получить токсическое опьянение.

Опьяняющий эффект достигается несколькими вдохами. Опьянение имеет свои особенности у разных ЛНДВ. Так, при опьянении от паров бензина сперва возникает раздражение верхних дыхательных путей, затем происходит покраснение лица и глазных склер, расширяются зрачки. Нарушается координация движений, речь становится дизартричной. Затем возникает эйфория без заметного усиления двигательной активности. Если в данный

момент прекратить ингаляцию, то признаки опьянения проходят за 15-30 минут и сменяются вялостью, головной болью, раздражительностью. Если ингаляция продолжается, то на высоте эйфории сознание утрачивает ясность, окружающее воспринимается иллюзорно, развивается делирий.

Опьянение парами пятновыводителей также имеет свои особенности. Эйфория выражена очень ярко — лицо расплывается в блаженной улыбке, подросток начинает громко хохотать. Имеются сенестопатии в виде своеобразных ощущений, идущих от кожных покровов: покалывание, «приятное жужжание», «как под током». Далее следует визуализация представлений — «что захочу, то и увижу». Сами подростки называют эти ощущения «глюками» или «мультиками». При длительно продолжающейся ингаляции может возникнуть онейроидное помрачение сознания. Видения уже не возникают «по заказу», а перед подростком разворачиваются сценopodobные галлюцинации, нередко фантастического содержания, напоминающие увлекательный фильм. Ощущение, что эти переживания нереальны, сохраняется. Опьянение парами ацетона внешне напоминает картину тяжелого опьянения парами пятновыводителей. При тяжелом опьянении вслед за онейроидом может последовать сопор, а затем кома.

Для ингаляции паров клея (максимальную популярность в нашей стране приобрел клей «Момент») используют целлофановые мешки. Помимо эйфории наиболее характерным является наплыв галлюцинаторных зрительных образов («мультиков»). Нередко содержанием «мультиков» являются подростковые сексуальные фантазии. Подростки могут быть часами увлечены подобными видениями, периодически «добавляя дозу». Внешнее препятствие продолжению ингаляций вызывает озлобление, иногда агрессию.

Синдром зависимости при злоупотреблении ЛНДВ проявляется выраженным стремлением к наркотизации. Учеба, семья у подростка отходят на второй план. Формируется группа из 2-3 человек, нюхающих ЛНДВ. Группа формируется по месту жительства или по месту учебы. Применение ЛНДВ - проявление группового поведения подростков. Зависимость поначалу носит групповой характер. Ингалянтами пользуются почти исключительно мальчики (до 97%). Большинство начинает злоупотреблять в младшем или среднем подростковом возрасте (12-14 лет), хотя бывают случаи злоупотребления уже в 9-11 лет. В старшем подростковом возрасте большая часть прекращает злоупотребление ЛНДВ. Многие переключаются на злоупотребление алкоголем. Кроме непосредственных тяжелых последствий злоупотребления ЛНДВ, исследования показали, что подростки, злоупотребляющие ингалянтами, оказались группой высокого риска развития хронического алкоголизма.

Тема 8. Злоупотребление препаратами, не вызывающими зависимости.

Основные предрасполагающие факторы. Мочегонные, слабительные, аноректики, препараты для лечения головной боли. Клиника хронических форм головных болей – мигрени, головной боли напряжения. Абузусная головная боль при злоупотреблении анальгетиками. Злоупотребление анаболическими стероидами. Профилактика злоупотребления, меры помощи при злоупотреблении препаратами, не вызывающими зависимость.

Ко многим лекарствам (болеутоляющим, слабительным, мочегонным, анаболическим стероидам) при повторном применении развивается привыкание или толерантность (устойчивость). В этом случае повторное назначение терапевтических доз дает все меньший эффект. Наиболее вероятная причина - изменения фармакокинетики: уменьшение всасывания, увеличение скорости биотрансформации и выведения. Для получения первоначального эффекта необходимо повысить дозу.

Таким образом, возникает “неклассическая” (терапевтическая) лекарственная зависимость - это состояние, которое проявляется соматическими расстройствами вследствие прекращения введения средства ее вызывающего. Это состояние требует периодически возобновляемого или постоянного введения лекарственного средства, для того чтобы избежать психологического дискомфорта.

Ненаркотическая зависимость может быть ятрогенная и связанная с самолечением. Причинами последней является неправильное применение безрецептурных препаратов, самостоятельное и неправильное применение рецептурных препаратов. Главная опасность ненаркотической зависимости от лекарств - это повышенный риск токсического эффекта препаратов и других побочных действий.

В широком смысле явления зависимости от лекарств могут развиваться в процессе фармакотерапии ряда заболеваний с хроническим или прогрессирующим течением современными высокоэффективными лекарственными средствами, а также имеют место практически во всех случаях заместительной терапии.

Однако такого рода Л.з. отличается от синдрома зависимости, развивающейся в рамках клинической картины наркоманий и токсикоманий, прежде всего тем, что отмена препарата, используемого для фармакотерапии заболевания, приводит к его обострению, а не к возникновению абстиненции, характерной для физической зависимости от психотропных средств.

Во всех этих и подобных им случаях зависимость от лекарственных

средств определяется главным образом их высокой терапевтической эффективностью при соответствующих заболеваниях и не является следствием немедицинского использования их для воздействия на психические процессы.

МКБ-10:

F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости.

Для определения типа вещества может использоваться еще один знак:

F55.0 Антидепрессантами. F55.1 Слабительными.

F55.2 Анальгетиками. (не определяемыми в качестве психоактивных в F10-F19; такими как аспирин, парацетамол, фенацетин)

F55.3 Средствами снижения кислотности. F55.4 Витаминами.

F55.5 Стероидами или гормонами. F55.6 Специфическими травами или народными средствами. F55.8 Другими веществами, которые не вызывают зависимости (такие как диуретики). F55.9 Неуточненные.

Формирование зависимости от слабительных

В ряде случаев большую проблему представляет собой формирование зависимости от слабительных и клизм. Характерно, что зависимые пациенты проявляют повышенную тревогу при отсутствии ежедневного стула или при отсутствии стула спустя небольшой срок (4-6 ч) после приема слабительного. Это служит настойчивой мотивацией к приему дополнительных доз препарата или постановке клизмы. При подобной зависимости пациенту угрожает развитие признаков нутритивной (питательной) недостаточности (стеатореи, гипопротеинемии, железодефицитной анемии, нарушений кальциевого обмена), а также вторичного гиперальдостеронизма.

Для борьбы с запорами, часто принимают слабительные средства, но это не всегда необходимо. Это может быть даже опасно, потому что применение некоторых слабительных средств оказывает негативные побочные эффекты и приводит к формированию зависимости. При частом или длительном приеме этих лекарств организм становится менее способным к опорожнению кишечника без их помощи. Это ведет к злоупотреблению лекарственным препаратом и необходимости принимать его постоянно.

Не следует принимать слабительное средство для "очистки пищеварительной системы" или для "нормализации" работы организма, или только потому, что опорожнение кишечника происходит менее одного раза в день. Неверно считать, что у всех должен быть ежедневный стул. У совершенно здоровых взрослых людей может быть от двух опорожнений кишечника в неделю до трех опорожнений в день. Нормальна или ненормальна частота стула - решает врач индивидуально в каждом случае.

Лечить простой, эпизодический запор лучше не медикаментозными методами, а постараться восстановить нормальную работу кишечника за счет питания, употребляя в еду сырые овощи, свежие и высушенные фрукты,

арбузы, дыни, морскую капусту, косточковые ягоды (слива, вишня, абрикос), бананы, кисломолочные продукты (кефиры, йогурты, сыры), рассыпчатые каши (овсяную, гречневую, кукурузную, перловую), хлеб из муки грубого помола (ржаной, хлеб с отрубями), растительное масло. При этом клетчатка, входящая в состав отрубей, набухает, и послабляющее действие отрубей усиливается. Желательно больше пить безалкогольных напитков (от 6 до 8 стаканов в день). Возможно использование контраста температур: за один прием пищи есть блюда, разные по температуре (первое горячее, третье холодное). Этот тип диеты предотвращает и лечит запор, и такая диета подчас дешевле, чем лекарства. Регулярные упражнения, не менее 30 минут в день, (плавание, велоспорт, ходьба) также помогут вашему организму в регулярном опорожнении кишечника.

Хороший эффект дает употребление пшеничных отрубей в заваренном виде по 1-2 ст.л. с каждым приемом пищи (к небольшому количеству отрубей следует добавить кипятка до кашицеобразной консистенции). При этом клетчатка, входящая в состав отрубей, набухает, и послабляющее действие отрубей усиливается. Кроме того, отруби являются пищевым субстратом для бактерий, населяющих кишечник, способствуют поддержанию нужного уровня pH в просвете толстой кишки, содержат витамины группы B.

Следует исключить или уменьшить потребление чая, кофе, какао, творога, риса, гранатов, груш, айвы, вяжущих продуктов, шоколада, мучного, так как эти продукты обладают закрепляющим действием. К появлению запоров может привести и длительное употребление механически и термически щадящей пищи (протертые блюда, пюре, кисели и т.п.), употребление высококалорийной, малообъемной пищи (икра, шоколад, мучные продукты), отсутствие в рационе продуктов, содержащих грубую клетчатку или пищевые волокна.

Зависимость от мочегонных (включая и фуросемид), к сожалению, нередкое осложнение у больных, принимающих эту группу лекарственных средств. Бесконтрольное использование салуретиков вызывает хроническое поражение почек в виде заболевания соединительной ткани и системы почечных канальцев. Если дозы мочегонных относительно невелики, а срок приема не превышает одного года, то от этой зависимости в большинстве случаев можно избавиться. Если же дозы большие (до 50 и более таблеток в сутки), то поражение почек ведет к развитию нефросклероза и хронической почечной недостаточности. На фоне тяжелой зависимости от мочегонных противопоказана беременность из-за угрозы гибели плода или развития у него врожденных уродств.

Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты

Ненаркотические анальгетики по своим фармакологическим свойствам существенно отличаются от анальгетиков группы морфина. Эти препараты по силе анальгетического действия значительно уступают наркотическим болеутоляющим средствам. Их эффект проявляется, главным образом, при болях воспалительного характера (артриты, миозиты, невралгии и др.).

Ненаркотические анальгетики не угнетают дыхания, не вызывают эйфории, не обладают снотворным эффектом, не влияют на кашлевой центр. У данной группы препаратов отчетливо проявляются противовоспалительный и жаропонижающий эффекты, которых нет у наркотических анальгетиков.

Достоинством этих препаратов является отсутствие наркотического эффекта, что дало основание широко применять их в амбулаторной практике.

Классифицируются ненаркотические анальгетики по химической структуре:

1.Производные салициловой кислоты: кислота ацетилсалициловая (аспирин), ацетилсалицилат лизина (ацелизин), натрия салицилат, метилсалицилат, салициламид.

2.Производные пиразолона: амидопирин, метамизол натрия (анальгин), фенилбутазон (бутадион).

3.Производные анилина: парацетамол.

4.Производные органических кислот: фенилпропионовой - ибупрофен, напроксен, кетопрофен; фенилуксусной - диклофенак натрия (ортофен, вольтарен); индолуксусной - индометацин (метиндол), сулиндак; антраниловой - мефенамовая кислота.

5.Оксикамы: пироксикам, теноксикам.

Широкое применение в последнее время получили ненаркотические анальгетики, обладающие болеутоляющим, жаропонижающим, противовоспалительным и десенсибилизирующим эффектами. Эти препараты в результате выраженного противовоспалительного действия называются "нестероидные противовоспалительные средства" (НПВС). Они используются при лечении разных воспалительных заболеваний. К нестероидным противовоспалительным средствам относятся препараты, производные органических кислот (ибупрофен, диклофенак, индометацин, мефенамовая кислота); оксикамы (пироксикам), производные салициловой кислоты и некоторые препараты пиразолонового ряда (бутадион).

Ацетилсалициловая кислота оказывает раздражающее действие на слизистую желудка. Наиболее частым и опасным побочным эффектом являются эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка.

НПВС могут повышать кислотность желудочного сока, нарушать кровоснабжение слизистой, приводить к диспепсическим расстройствам, желудочным кровотечениям, провоцировать эрозивно-язвенные процессы

(ульцерогенное действие). Высокий риск побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта характерен для бутадиона, индометацина, пироксикама, ацетилсалициловой кислоты. Частота этих осложнений снижается, если препараты принимают после еды, запивая большим количеством воды, или в сочетании с антацидами. В меньшей степени повреждают слизистую оболочку кишечнорастворимые лекарственные формы (аспирин).

Опасным осложнением НПВС является бронхоспазм (возникает отек тканей, спазм гладкой мускулатуры и другие проявления аллергии немедленного типа). Наиболее часто это осложнение развивается при назначении ацетилсалициловой кислоты (аспирин). НПВС снижают диурез и вызывают отеки (особенно характерно для бутадиона, диклофенака натрия, кетопрофена, кислоты мефенамовой).

Наряду с перечисленными, НПВС дают ряд других побочных эффектов: изменения со стороны крови, печени, ЦНС, кожи. Тяжелые гематологические нарушения (лейкопения и даже агранулоцитоз, апластическая анемия) характерны для пиразолоновых производных (бутадион, амидопирин, анальгин); нарушения кроветворения могут вызвать индометацин, кислота мефенамовая. Различные формы поражения печени вплоть до токсического гепатита (длительное назначение) развиваются при применении бутадиона, индометацина, сулиндака, диклофенака натрия (ортофен). Побочные эффекты со стороны центральной нервной системы наблюдаются при лечении ацетилсалициловой кислотой (шум в ушах, снижение остроты слуха, головокружение, гипервентиляция), индометацином (головокружение, сильные головные боли, депрессия, иногда галлюцинации, судороги); со стороны кожных покровов (кожный зуд, ограниченная или генерализованная крапивница, эритродермия) - особенно при применении бутадиона, индометацина, оксикамов.

НПВС (напроксен, кетопрофен, пироксикам) могут вызвать афтозный стоматит, способствуют кровоточивости десен и раздражению слизистой оболочки полости рта.

НПВС нельзя назначать в первый триместр беременности, так как они обладают тератогенными свойствами, например, применение ацетилсалициловой кислоты в этот период может вызвать расщелину верхнего неба у плода. Лечение НПВС во второй половине беременности также рискованно, поскольку иногда способствует сужению (и даже закрытию) артериального протока и нарушению гемодинамики плода.

Опасно назначение этих препаратов (особенно индометацина) в предродовом периоде - они ослабляют сократимость матки и тормозят родовую деятельность.

Мигрень и ГБ напряжения.

Мигрень характеризуется рецидивирующими приступами пульсирующей интенсивной головной боли, нередко локализующейся в области глазницы. Обычно она бывает односторонней, от приступа к приступу сторона боли может меняться. Заболевание часто носит наследственный характер. В большинстве случаев мигрени возникают в детском и юношеском возрасте, с годами частота приступов и их интенсивность несколько снижаются. Надо сказать, женщины страдают мигренью чаще, чем мужчины, как, впрочем, и ГБ вообще. Это обусловлено целым рядом причин, как биологического так и социального характера.

Факторы, провоцирующие приступ мигрени:

Психологические Стресс, обида, напряжение, тревога

Физические Яркий свет, непривычный, резкий запах циклические гормональные колебания, изменение погоды

Социальные Переутомление, избыточные умственные нагрузки, сексуальная активность, неполноценный сон

Пищевые факторы Голод; некоторые продукты (сыры, шоколад); алкоголь (особенно красное вино) Приступ мигрени представляет собой некий цикл, состоящий из нескольких фаз. Чаще в мигренозной атаке выделяют четыре фазы:

1.продрома, которая возникает за несколько часов или дней до ГБ 2.аура (симптомы, непосредственно предшествующие боли) – мелькание вспышек света, "мушек" перед глазами, искажение зрения. 3.собственно боль 4.постприступный период.

Большинство пациентов, страдающих мигренью, имеют атаки, содержащие более одной фазы. Выделяют мигрень с аурой и мигрень без ауры, последняя встречается чаще.

Симптомы мигренозной продромы

Психологические: депрессия, гиперактивность, эйфория, разговорчивость, возбужденность, дремота, нетерпеливость, медлительность.

Неврологические: фотофобия, трудности концентрации, фонофобия, сонливость зевота.

Вегетативные: избыточный аппетит или, напротив, анорексия, жажда, ощущение холода, нарушение моторики ЖКТ (диарея или запор), учащенное мочеиспускание, отечность.

Что касается ГБ напряжения (ГБН), то под термином "напряжение" понимают головную боль психического напряжения и головную боль мышечного напряжения. ГБН могут начинаться в любом возрасте. ГБН локализуются в затылочной или лобной области, характерно ощущение "обруча" или "каска". Боль может отдавать в шею и плечевой пояс. Начало

боли постепенное. К развитию ГБН могут привести самые различные причины, например, неудобная, "антифизиологичная" поза за письменным столом в течение рабочего дня, психосоциальный стресс, эмоциональные конфликты, нарушения сна, тревога, депрессия. ГБН могут быть ассоциированы с менструацией. Кстати, приблизительно четверть пациентов, страдающих ГБН, также временами имеют мигренозные приступы. ГБН могут как появляться эпизодически (захватывают менее 15 дней в месяц), так и принимать хроническую форму (более 15 дней).

Лечение мигрени начинают с нестероидных противовоспалительных препаратов и только при отсутствии эффекта переходят к более целенаправленному лечению (эрготаминовые препараты, серотониновые агонисты). Пациенты, не прибегающие к врачебной помощи, в большинстве случаев используют ненаркотические анальгетики простые или комбинированные. Комбинированные препараты, например седалгин нео, каффетин, нурофен плюс, помимо НПВС содержат другие компоненты, потенцирующие терапевтический эффект НПВС. В состав Седалгина нео входят парацетамол, метамизол, кофеин, фенobarбитал и кодеин. Как известно, при мигрени сосуды головного мозга не спазмированы, а, напротив, расширены. Кофеин оказывает тонизирующее влияние на сосуды головного мозга, что объясняет его благотворное влияние при мигрени. Фенobarбитал благодаря седативному, снотворному и миорелаксирующему эффектам снимает психоэмоциональное напряжение, способствует засыпанию – приступ мигрени обычно прекращается при засыпании. Кодеин оказывает анальгезирующее и седативное действие (является агонистом опиоидных рецепторов), потенцирует действие НПВС.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ (АБУЗУСНАЯ) ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Отрицательный эффект лекарственной терапии может быть заподозрен у всех пациентов, предъявляющих жалобы на ежедневные головные боли, особенно у тех, которые говорят "у меня голова болит постоянно". Привычка ежедневно принимать анальгетики по несколько раз в день подтверждает это предположение. Абузусная головная боль, вызванная обратным эффектом анальгетиков, является болезнью современного общества, где существует огромное количество безрецептурных анальгетических препаратов, широко рекламируемых в средствах массовой информации. Доступность, самолечение с передозировкой анальгетиков, а также эрготамин привели к тому, что лекарственная боль стала международной проблемой. По сообщениям исследователей США, Италии, Германии, Швейцарии, ее частота составляет 20% среди других видов головной боли. Можно предположить, что подобная распространенность наблюдается и в России. Типичной клинической чертой головной боли, вызванной обратным эффектом анальгетиков, является ее

ежедневный характер; боль, как правило, сохраняется на протяжении всего дня, варьируя по интенсивности. Она присутствует уже в момент пробуждения и описывается как слабая, умеренная, тупая, двусторонняя, фронтально-окципитальная или диффузная. Значительное усиление болевых ощущений может наблюдаться при малейшей физической или интеллектуальной нагрузке, а также, если прием препаратов прерывается. Облегчение головной боли от эрготамина или простых анальгетиков преходящее и обычно неполное. Детальное исследование анамнеза пациентов с абзусной болью обнаруживает, что в 70% случаев в молодости они страдали периодическими приступами мигрени, которая впоследствии (к 30 годам) трансформировалась в ежедневные головные боли. Эти пациенты имеют эмоционально-аффективные нарушения депрессивного характера и принимают большое количество медикаментов. Важны в практическом отношении вопросы, какие лекарственные средства, в каком количестве и при сколь длительном применении могут вызывать абзусные боли. Международные диагностические критерии определяют, что абзусные боли появляются через 3 или больше месяцев приема высоких доз препаратов; количество дней головной боли в месяц уменьшается на 50% через 14 дней после отмены лекарственного средства. Определено приблизительное количество препаратов, дающее обратный эффект: аспирин - 45-50 г в месяц (3-4 таблетки в день); кофеин - 15 г в месяц; эрготамин - 2 мг при оральном и 1 мг при ректальном приеме в день. Известно также, что абзусные боли могут легко вызывать смеси анальгетиков с барбитуратами, с кофеином, а также седативные препараты (диазепам).

Формированию психологической зависимости способствуют аффективные расстройства: депрессия и тревога. Часто имеется наследственная предрасположенность к алкоголизму, депрессии, лекарственному абзусу. При подозрении на злоупотребление лекарствами быстрая и полная отмена анальгетиков (при условии, что это ненаркотический анальгетик) является единственно эффективным лечением. Наиболее эффективным методом лечения абзусной головной боли наряду с полной отменой анальгетиков является назначение антидепрессивной терапии. Как только процесс отмены завершается, пациент нуждается во всестороннем исследовании головной боли, чтобы избежать повторных случаев привыкания. После выздоровления пациента следует попросить вести дневник головной боли в течение двух последующих месяцев. В этом случае появится вероятность уточнения причины первичной головной боли и может быть назначено правильное лечение.

Анаболические стероиды (Метандростенолон, ретаболил, феноболлин)

Синтетические аналоги тестостерона.

До 1935 года никто не знал о связи анаболических стероидов с накоплением мышечной массы. В этом году два исследователя, работавших с собаками, обнаружили, что тестостерон в определенных условиях может увеличивать мышечную массу. Считается, что Гитлер применял анаболические стероиды на своих солдатах, чтобы увеличить их агрессивность.

Современная история анаболических стероидов начинается в 1954 году, среди олимпийских тяжелоатлетов. В 1956, Дианабол (Метандростенолон) впервые появился на американском рынке, проложив путь анаболикам среди американских атлетов. Поначалу только атлеты мирового класса в силовых видах спорта, типа тяжелой атлетики пользовались анаболиками. Атлеты и их тренеры соблюдали режим больших доз смесей различных анаболиков, не обоснованный научно. Эти методы использования передавались изустно от одной группы спортсменов к другой. С ростом репутации анаболиков, их употребление распространялось и на другие виды спорта. Сейчас только две олимпийские дисциплины считаются "чистыми": женский хоккей на траве и фигурное катание. Употребление стероидов распространялось среди олимпийцев в 70-80-х годах. В 1983 девятнадцать атлетов были дисквалифицированы за употребление стероидов. В ноябре 1990 американским законодательством все анаболические стероиды были отнесены к классу контролируемых опасных препаратов (CDS).

Анаболические стероиды позволяют атлетам при занятиях разными видами спорта гораздо быстрее набрать необходимую мышечную массу. Многие спортсмены считают, что своими достижениями они обязаны исключительно применению стероидов.

Анаболические стероиды широко применяются как средство для наращивания мышечной массы после некоторых хирургических операций, при которых пациент испытывает потерю мышечной массы. Есть подтверждение, что избыточные количества стероидов могут преждевременно остановить рост тела, вызвать сердечные приступы, различные заболевания печени, атрофию мужских половых органов и множество других эффектов.

Сосудосуживающие капли для носа

Каждый из нас знает, как тяжело приходится при заложенности носа во время обычного насморка. Но если банальный насморк проходит через 7-10 дней, то у некоторых людей страдания могут длиться многие месяцы, а иногда и годы. Затрудненное носовое дыхание вызывает сильный дискомфорт, снижение работоспособности, хроническую усталость и быструю утомляемость, головные боли. Люди жалуются, что вечером долго не могут заснуть, а утреннее пробуждение не приносит облегчения, напротив, человек чувствует себя слабым и разбитым. Как правило, большинство людей ищут

спасение в аптеке. Реклама настойчиво предлагает все новые и новые средства для нормализации носового дыхания в виде капель и спреев. Торговых названий этих препаратов много – Галазолин, Санорин, Нафтизин, Ксимелин, Тизин, Пиносол и т.д. После закапывания слизистая носа значительно сокращается в объеме и дыхание улучшается. Но через некоторое время действие капель заканчивается, и отек слизистой возникает с новой силой. Для восстановления дыхания необходимо снова закапать лекарство. Здесь и кроется опасность: не все внимательно читают инструкцию к препарату, где написано, что использовать лекарство можно только в течение ограниченного времени, в противном случае развивается так называемая "лекарственная зависимость". Врачам известны эффективные способы борьбы с постоянной заложенностью носа.

Модуль 2. Реабилитация в психиатрии

Тема 1. Психиатрия как наука, ее место среди других медицинских и социальных дисциплин. Принципы реабилитации психически больных.

Определение связи психиатрии с философией, психологией, социологией. Мозг как субстрат психической деятельности. Психогигиена, психопрофилактика. Психотерапия. Реабилитация.

Социальные последствия психической болезни как мотивационная установка к освоению курса «Реабилитация в психиатрии».

Организация психиатрической помощи населению.

Амбулаторная психиатрическая помощь (психоневрологические диспансеры, кабинеты). Стационарная психиатрическая помощь (психиатрические больницы, дневные стационары). Скорая психиатрическая помощь. Дома-интернаты для психически больных инвалидов. Вопросы военной, трудовой и судебной экспертизы психически больных. Правовые аспекты психиатрии.

Определение понятия «психическое заболевание».

Относительность понятия «норма» в возрастном, половом, историческом, социальном и культурально-экономическом контекстах. Общая типология и систематика форм психических болезней. Международная классификация психических заболеваний. Распространенность различных форм психических заболеваний.

Биологические, психологические, социальные и культуральные предпосылки формирования психических болезней.

Роль «минимальной мозговой дисфункции», травм и интоксикаций в раннем возрасте. Влияние метаболических, алиментарных и гормональных влияний на формирование болезней психики. Роль генетики и средовых влияний в психопатологии. Психологическое влияние раннего детского опыта и семейного окружения. Понятие «нозос» и «патос» в психопатологии. Симптом, синдром и болезнь (нозологическая форма). Методы исследования в психиатрии.

Общее представление о психической норме и ее границах.

Состояние психического здоровья.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) установила несколько признаков, которые характеризуют психическое здоровье. К ним относятся следующие:

- Осознание единства и постоянства своего физического и психического Я.
- Чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях.
- Способность адекватно оценивать себя, свою психическую деятельность и ее результаты («критичность»).
- Соответствие психических реакций силе внешних воздействий, обстоятельствам и ситуации.
- Способность управления своим поведением в соответствии с социальными нормами и законами.
- Способность к планированию и реализации своей собственной деятельности.

Т.о., психическое здоровье – гармония с окружающей средой, собой, др. людьми.

«Здоровье» - это не все, но без здоровья – ничто. (Сократ).

«Здоровье» - это состояние, при котором мы не страдаем от боли и не ограничены в своей жизнедеятельности. (Гален).

«Здоровье» - это полное физическое, душевное и социальное благополучие и как следствие - отсутствие заболевания и физических дефектов.

«Здоровье» - свойство человека выполнять свои биопсихосоциальные функции в изменяющейся среде с перегрузками и без потерь при условии отсутствия болезни и физических недостатков.

Основные принципы определения психической нормы.

Вопрос о том, что представляет собой психическая норма, либо состояние психического здоровья, относится к теме «вечных» вопросов как в психиатрии так и в социальной жизни в целом. Психическое здоровье (норму) необходимо

оценивать в зависимости от страны проживания, культуры, социальной группы, т.к. представление о психической норме и патологии различное у разных людей - одни и те же высказывания и формы поведения одними людьми будут признаны совершенно уместными, а др. - как явный признак психического заболевания. Представление о норме поведения даже в одной стране совершенно отличается в разные исторические периоды. Например: современным молодым людям вряд ли будет понятным поведение и поступки Павла Корчагина и Анны Карениной, а на многих может даже произвести болезненное впечатление. Психическая норма должна оцениваться лишь в конкретном социальном и культурном контексте, поэтому важно знать симптомы психических заболеваний, но так же - ориентироваться в особенностях культуры, традиций, истории, языка, нормы поведения людей. Кроме этого, надо знать - к какой этнической, профессиональной, социальной группе относится пациент.

Поэтому при определении психической нормы необходимо различать общежитейские, бытовые критерии «нормальности» человека и критерии медицинские, поскольку они часто не совпадают. Иногда окружающие склонны считать поведение человека «ненормальным» лишь на основании того, что его поведение мешает им или вступает в противоречие с их собственным представлением о правильном поведении - это непривычная манера некоторых одеваться или держать себя, отстаивание человеком своих законных прав и интересов может восприняться как бред, сутяжничество, паранойя.

Таким образом, основными принципами для определения психической нормы являются:

Среднестатистические закономерности; т.е. нормы - это то, что характерно для значительного большинства индивидов; психическое здоровье означает наличие способностей человека хорошо адаптироваться к среде, прежде всего - социальной и успешно выполнять свои различные функции, а так же состояние психического, психологического и социального благополучия. Болезнь - это состояние, при котором ухудшаются психические адаптационные способности человека и в связи с этим снижается качество жизни, его функционирование во внешней среде. Психическое здоровье и психическая норма - это состояние отсутствия болезни, когда невозможно установить диагноз какого-либо расстройства, имеющегося в номенклатуре заболеваний, (отсутствие у человека психической болезни).

Три главные составляющие психического здоровья человека.

По мнению Всемирной федерации психического здоровья (1988 год) психическое здоровье человека определяется тремя главными составляющими:

Тем, что человек чувствует по отношению к самому себе;

Тем, что чувствует человек в отношении других людей;

Тем, как человек способен справляться с требованиями повседневной жизни. Иногда, чтобы оценить пациента, достаточно лишь ответить на эти вопросы.

Черты, характерные для психически здорового человека.

Способность человека любить и ценить самого себя, поддерживать достаточный уровень самоуважения и уверенности в себе - одно из главных качеств здоровых и успешных в жизни людей. Реальное, близкое к действительности представление о своих жизненных возможностях, сильных и слабых сторонах, готовность принимать свои недостатки и посмеяться над собой, способность к самокритике и самоиронии; наличие продолжительных личных отношений с другими людьми, доставляющих радость и удовлетворение, способность любить других. Наличие чувства ответственности перед окружающими; пластичность, способность справляться с требованиями повседневной жизни и приспосабливаться к ним, осознанно изменять себя и свое окружение; умение ставить реальные цели и добиваться их выполнения; способность получать удовольствие от обычных вещей и от повседневной жизни, жить не для светлого, но отдаленного будущего, а «здесь и теперь» строить и планировать свою жизнь, управлять ею по своему желанию и не испытывать страха перед будущим, верить в себя, ощущать себя хозяином своей жизни.

Вот как выглядит обобщенный портрет психически здорового человека: он обычно здоров и физически, уделяет внимание своему телу и доволен им. Его эмоции достаточно выразительны и адекватны, он - оптимист, верящий в себя. Он способен избирательно устанавливать и поддерживать деловые, дружеские и сексуальные отношения и получать от этого удовольствие. В то же время он вполне самодостаточен, осознает свою уникальность и любит иногда побыть наедине. Такой человек жизнерадостен, обладает чувством юмора, способен к разумному риску и настроен на личный жизненный успех.

В интеллектуальном плане он гибок, способен находить выход из сложных жизненных ситуаций, отделить главное от второстепенного, способен к накоплению знаний и навыков, саморазвитию и самосовершенствованию. Он - критичен, не верит в чудо, не испытывает страха перед будущим, уверен в себе, планирует свою жизнь и полагается больше на свой опыт и свои силы, чем на мнение других и средства массовой информации. Настойчивость и уверенность в себе сочетается у психически здорового человека со способностью признать свои ошибки и не будет повторять их. Для него характерна способность достигать намеченного путем целенаправленной работы, а не жалобами, плачем, манипуляциями, критикой других людей, плохой погоды и

обстоятельств. Признаками психического здоровья являются жизненная стойкость, способность переносить неудачи и «держат удар», оставаться самим собой в трудных жизненных ситуациях. В этом ему помогают сформированные механизмы психологической защиты.

Для проведения самой предварительной формализованной оценки состояния психического здоровья можно использовать опросник, предложенный в 1988 году ВФПЗ. Испытуемому предлагают ответить «да» или «нет» на следующие утверждения.

1. Хорошо ли вы себя чувствуете?
2. Хорошо ли вы себя чувствуете в отношениях с другими людьми?
3. Чувствуете ли вы себя способным соответствовать требованиям жизни?

Положительные ответы на все вопросы говорят об отличном состоянии психического здоровья. Отрицательные ответы на значительную часть вопросов говорит о наличии затруднений в психике и поведении, и чем больше отрицательных ответов, тем эти затруднения существеннее.

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Тема 2. Расстройство ощущений и восприятия.

Определение ощущения и восприятия. Патология ощущений (анестезия, гиперестезия, гипоестезия, парестезия, сенестопатия). Иллюзии. Галлюцинации, псевдогаллюцинации, приемы выявления, тактика поведения социального работника при их обнаружении. Психосенсорные расстройства. Агнозии. Учет социальным работником особенностей ощущений и восприятия слепых и глухих в реабилитационном аспекте.

Человек познает внешний и внутренний мир с помощью органов чувств, которые представлены периферическими рецепторами (например, сетчатка глаза), проводящими нервными путями, центральным представительством данной функции (в нашем примере – зрение) в специфических зонах коры головного мозга (для зрения – затылочная область), где происходит анализ и интеграция ощущений.

Ощущение – психический процесс отражения отдельных свойств предметов и явлений.

Восприятие – психический процесс отражения предметов и явлений в совокупности всех их свойств.

Представление – воспроизведение ранее воспринятых образов. Представление по силе равно непосредственному восприятию называется эйдети́змом. Представление и воображение – произвольное создание в уме новых представлений, являются прообразом мышления в детском возрасте. Ощущения и восприятия имеют широкие индивидуальные различия в

зависимости от возраста, пола, опыта, состояния здоровья, наследственных факторов, тренированности органов чувств и т. д.

При болезненных расстройствах отмечаются нарушения ощущений и восприятия в виде **анестезии**, **гипэстезии** – отсутствия и снижения чувствительности, **гиперэстезии** – повышения чувствительности, **парэстезии** – искажения ощущений ("ползание мурашек " и др.). Подобные расстройства встречается при функциональных (неврозы) и органических заболеваниях нервной системы. **Сенестопатии** – неприятные вычурные, часто без четкой локализации, ощущения (сдавливание, распирающее, перекручивание и т. д.). Могут быть при вышеуказанных расстройствах, а также при депрессии и шизофрении.

Иллюзии – искаженное восприятие реально существующих объектов. Встречаются и у здоровых людей в ситуациях напряженности, тревоги и недостатка информации.

Галлюцинации – восприятия без объекта, того чего нет на самом деле, являются признаком психического расстройства. Галлюцинации классифицируются по органам чувств (зрительные, слуховые, тактильные, вкусовые и т. д.). Выделяют истинные галлюцинации – с четкой экстеропроекцией и образностью не отличимой от образов реально существующих объектов, присущие экзогенной (инфекции, интоксикации) патологии, а также **псевдогаллюцинации** локализованные внутри тела (голове, животе и т. д.) и носящие субъективный, трудно описуемый характер ("звучащая мысль", "бесшумные голоса" и т. д.), с чувством насильственности, возникающие при шизофрении. Истинные галлюцинации часто сочетаются с нарушенным сознанием (потерей ориентировки в окружающем мире), что обуславливает непредсказуемость действий и социальную опасность таких больных, требующих неотложной госпитализации в психиатрическую больницу. Опасность представляют также императивные (приказывающие) галлюцинации.

Социальный работник может выявить наличие галлюцинаций путем расспроса, наблюдения за поведением галлюцинирующих (всматривается, затыкает уши, принимает, сбрасывает с себя что-то и т. д.) и путем применения провокационных проб (Липмана, Ашафенбурга, Рейнхардта и др.) для выявления скрытой галлюцинаторной готовности.

При наличии императивных, угрожающих галлюцинаций и галлюцинаций с расстройством сознания необходим вызов психиатрической бригады скорой медицинской помощи.

Психосенсорные расстройства характеризуются нарушениями восприятия окружающего и собственного тела в виде метаморфозов искаженному по внешнему виду восприятию величины и формы предметов (микро-, макро-, дисморфозия), а также "расстройства схемы тела"

(увеличение, уменьшение, нарушение пропорций частей тела). Данная патология возникает при органических поражениях головного мозга.

Агнозия – неузнавание ранее известного. Чаще возникает при пораженных коры теменных и затылочных долей правого полушария головного мозга. Различают: зрительную агнозию (неузнавание зрительных образов, букв) слуховую агнозию (не узнавание звуков, мелодий, слов), тактильную агнозию (неузнавание предмета наощупь), аутогнозию (неузнавание частей своего тела), аногнозию (непризнание паралича конечности), аутоагнозию (не узнавание своего лица, своей личности) и др.

Особого внимания заслуживает знание социальным работником специфики ощущений и восприятия людей с дефектами органов чувств. Для таких лиц характерна частичная компенсация функций поврежденного анализатора другими. Так, у слепых хорошо развито осязание, у глухих – зрительные способности ("читают по губам"). В тоже время, недостаток в получении информации способствует недостаточности умственного развития, изоляции в своей среде, подозрительности, вплоть до формирования бреда тугоухих. Для улучшения коммуникации можно воспользоваться простыми приемами: говорить со стороны лучше слышащего уха; сидеть так, чтобы тугоухий видел губы собеседника; договорится о письменных ответах на значимые вопросы и т. д.

Тема 3. Расстройства мышления и речи.

Определение мышления, его виды. Патология мышления: (ускоренное, замедленное, обстоятельное, разорванное, резонерство, амбивалентность, аутизм, шперрунг, ментизм). Сверхценные идеи, навязчивые идеи, страхи (фобии), действия (компульсии), бредовые идеи. Паранойяльный, параноидный, парафренный синдром. Синдром Кандинского-Клерамбо. Тактика социального работника при выявлении бредовых расстройств. Патология речи: (алалия, афазия, дизартрия, скандированная, смазанная, эксплозивная речь, олигофазия, мутизм, неологизмы, эхолалия, персеверации, заикание).

Мышление – психический процесс, при котором человек оперирует абстрактными категориями, отражающими ранее воспринятую реальную действительность. Основные элементы мышления – это понятие, суждение, умозаключение. В процессе мышления осуществляется анализ и синтез, обобщение и исключение лишнего, проводится прогнозирование результата своих действий и сравнение его с реально достигнутым. Мышление руководствуется законами формальной логики – тождества, исключения третьего, достаточных оснований. Выделяют следующие виды мышления: наглядно – действенное (у детей раннего возраста), наглядно – образное и

словесно-логическое. Мышление оперирует словами (символами) в виде внутренней речи, которая может трансформироваться во внешнюю (экспрессивную). Благодаря речи люди понимают мысли друг друга. Нарушения мыслительных процессов отражаются в речевой продукции (экспрессивной и письменной речи), в адекватности выполнения указаний и поведения.

У каждого человека отмечается свой индивидуальный стиль мышления, зависящий от множества причин: наследственных факторов, семейного воспитания, возраста, пола, болезней, профессии и т. д.

Среди расстройств мышления выделяют: **ускоренное мышление** с вихрем ассоциаций при маниакальном состоянии и **замедленное** бедное ассоциациями мышление при депрессии. **Обстоятельное** мышление характеризуется инертностью мыслительного процесса с застреванием на малозначащих второстепенных деталях (при эпилепсии и органических поражениях головного мозга). При **разорванном** мышлении нет связи между отдельными частями мыслительных построений, хотя грамматическая структура этих частей сохранена. Крайняя степень разорванности мышления, когда нарушается и грамматическая сторона высказывания, называется шизофазией и встречается при шизофрении.

Резонерство – бесплодное мудрствование также относится к кругу шизофренических расстройств. При этом заболевании отмечаются также такие симптомы как **амбивалентность** – одновременное существование в сознании бального двух взаимоисключающих идей, **ментизм** – нерегулируемый волей наплыв мыслей, **обрывы (остановки) мысли (шперрунги)** и **аутизм** – мышление в своем собственном болезненном мире, оторванное от реальности.

Сверхценные идеи – идеи, занимающие слишком высокое место в обычной иерархии ценностей человека (например, коллекционирование, изобретательство, ревность). На реализацию этих идей мобилизуется весь потенциал личности, делая ее гротескно заостренной, чудаковатой, социально дезадаптированной.

Навязчивые идеи (обсессии) – непроизвольно возникающие мысли, представления, сомнения, опасения, воспоминания, заставляющие человека постоянно возвращаться к ним, при критическом понимании их нелепости и желании избавиться (назойливая мелодия, опасения сделать ошибку, не выключить газ, навязчивый счет и т.д.). Наиболее часто навязчивости проявляются страхами (**фобии**) – заболеть раком, умереть, заразиться, закрытых пространств (клаустрофобия) и т. д.

Чтобы избавиться от навязчивостей человек совершает ритуальные действия (крестится, одевает "счастливую одежду", смотрит в зеркало и др.),

что помогает смягчить эмоциональную напряженность, но сами действия превращаются в двигательные навязчивости (компульсии).

К явным признакам психической патологии относится бред.

Бред (бредовая идея) – это ложное суждение, умозаключение возникающее у психически больного человека, не поддающееся коррекции и носящее индивидуальный характер. Фабула бредовых идей может быть самой разнообразной: отношения (не так смотрят, намекают и т.д.), преследования, физического и психического воздействия (аппаратами, гипнозом и др.), ущерба, величия, самообвинения и т. д. Содержание бредовых идеи отражает личный опыт, образование, взгляды господствующие в обществе и многое другое. Самое главное состоит в том, что идея не соответствует реальному положению дел и бредового больного невозможно переубедить в ее нелепости. Выделяют: монотематический систематизированный бред – **паранойяльный** (ревности, ипохондрический, реформаторства и др.); более грубый, часто с галлюцинациями **параноидный бред**, хорошей иллюстрацией которого является **синдром Кандинского-Клерамбо** (психического автоматизма), включающий псевдогаллюцинации, психические автоматизмы (идеаторный, моторный, сенестопатический), т. е. убежденность больного в манипулировании кем-то его психическими процессами, а также бред преследования и физического воздействия; **парафренный бред** – нелепый фантастический бред.

При обнаружении социальными работниками признаков бреда бессмысленно переубеждать больного в неверности его идей. Необходимо обратиться в психо- неврологический диспансер, предупредить людей включенных больным в бредовую систему, а в случае агрессивного, социально-опасного поведения, угрожающего жизни и здоровью окружающих, вызвать психиатрическую бригаду скорой помощи.

Речевые расстройства, свидетельствующие о патологии мыслительных процессов представлены алалией – отсутствием речи у детей, афазией – потерей речи в результате нарушений мозгового кровообращения, дизартрией (спотыканием на словах), скандированной, смазанной, эксплозивной речью при органической патологии мозга, персеверациями (повторами слов) при эпилепсии, олигофазией (малословием) при умственной недостаточности), неологизмами, эхолалией, разорванной речью и мутизмом (нежеланием говорить) при шизофрении, заиканием после психических травм. Знание нарушений речи позволяет предположить наличие указанных психических заболеваний и адекватно общаться с такими больными.

Тема 4. Память, внимание, их расстройства.

Определение памяти, виды. Патология памяти. Гипермнезия, гипомнезия. Амнезия (фиксационная, ретроградная, антероградная). Парамнезии: псевдореминисценции, конфабуляции, криптомнезии. Синдром Корсакова. Учет расстройств памяти в работе социального работника. Психологические тесты для определения состояния памяти.

Определение внимания, виды. Патология внимания (гиперпрозексия, апрозексия, истощаемость, отвлекаемость, односторонняя прикованность, притупление). Психологические тесты для определения состояния внимания.

Для полноценного существования человека в обществе необходимо пополнять запасы знаний и использовать их при необходимости, а это является функцией памяти.

Память – способность запечатлевать (фиксация), удерживать (ретенция) и воспроизводить (репродукция) информацию. Выделяют кратковременную и долговременную память. В основе кратковременной памяти лежит циркуляция электрических импульсов в нейронных сетях мозга, долговременной – кодирование информации в молекулах РНК (рибонуклеиновой кислоты). Процесс запечатления и воспроизведения может быть непроизвольным и произвольным, когда прилагаются волевые усилия для запоминания или воспроизведения материала. Произвольное запоминание может осуществляется механически ("зубрежка") или путем установления связей между элементами подлежащими заучиванию – логическая (смысловая) память. При нагляднообразном типе памяти лучше запоминаются и воспроизводятся образы, формы, цвет, звуки, цифры и т. д., при словесно-отвлеченном абстрактный материал (понятия, смысл, символы и т. д.). Эмоциональный тип памяти связан с сохранением и воспроизведением пережитых человеком чувств. В зависимости от степени участия в процессе запоминания тех или иных органов чувств, различают следующие виды памяти: зрительную, слуховую, моторную (двигательную), обонятельную, вкусовую.

К расстройствам памяти относятся гипермнезии, гипомнезии, амнезии. При маниакальном состоянии отличается **гипермнезия** – улучшение памяти за счет усиления репродукции. При атеросклерозе сосудов головного мозга, астенических состояниях часто бывает гипомнезия – ослабление памяти в результате недостаточной фиксации, особенно нового, непривычного для человека материала, а также слабого удержания воспринятого.

Амнезия – потеря памяти на какой-то промежуток времени. Возникает после нарушений сознания (травма головы, удушение, утопление, тяжелые болезни и др.) Потеря памяти на период до начала заболевания называется **ретроградной амнезией**, после болезни – **антероградной амнезией**. Может нарушаться запоминание текущих событий **фиксационная амнезия**. Провалы памяти больной заполняет событиями, имевшими место в другой период жизни

– **псевдореминисценции** или вымышленными событиями – **конфабуляции**. Иногда из-за расстройства памяти больной, неумышленно может считать себя автором открытий, книг – **криптомнезия** (ложный плагиат). Данные расстройства памяти входят в структуру **амнестического (Корсаковского) синдрома**, названного по имени русского психиатра С.С. Корсакова, впервые описавшего его у больных алкоголизмом.

Вообще, синдром Корсакова встречается при различных органических заболеваниях головного мозга.

Социальный работник должен в своей работе выявлять и учитывать расстройства памяти у своих пациентов. В процессе беседы выясняется, владеет ли человек школьными или профессиональными знаниями, помнит ли даты исторических и текущих событий, имена известных людей и близких родственников, факты из своей биографии и др. Для более полной оценки памяти применяются специальные психологические тесты (например, методика воспроизведения 10 слов, пиктограммы). Знание особенностей нарушений памяти позволяет социальному работнику избежать конфликтов с клиентом из-за неправильной коммуникации (конфронтация), обвинений в воровстве и др.

Внимание – способность к сосредоточению. Выделяют непроизвольное внимание, когда человек пассивно воспринимают впечатления из внешней среды и произвольное – требующие волевых усилий для овладения информацией. *Внимание* – необходимый атрибут плодотворной психической деятельности. При усталости, слабости, в результате перенесенных заболеваний (астении) наступает быстрая **истощаемость** активного внимания, очень тяжелая болезнь полностью нарушает способность сосредоточиться (**апрозексия**). При слабоумии внимание притуплено. Односторонняя прикованность внимания к объектам внешнего мира или к собственным переживаниям характерна для онейроидных состояний (см. лекцию 11). Повышенная **отвлекаемость** с непроизвольным вниманием к нейтральным или случайным раздражителям присуща маниакальным состояниям и состояниям растерянности, а повышенное внимание (**гиперпрозексия**) – бредовым.

Для определения состояния внимания существует достаточно много психологических тестов (корректирующая проба, таблицы Шульте, счет по Крепелину и др.)

Тема 5. Интеллект и его нарушения.

Определение интеллекта. Патология интеллекта (деменция, олигофрения). Разновидности деменции (глубокая, неглубокая, тотальная, лакунарная). Степени олигофрении (дебильность, имбецильность, идиотия). Причины деменции и олигофрении. Психологические тесты для определения состояния

интеллекта. Учет умственных возможностей клиентов в практике специалиста по социальной работе в реабилитационном аспекте.

Интеллект – интегральная психическая функция. Предпосылками интеллекта являются память, мышление, внимание, воля. Нет общепризнанного определения интеллекта. Различными авторами интеллект трактуется как уровень умственного развития, способностей, характеристик мышления; как способность целенаправленно действовать и устанавливать правильные взаимоотношения с окружающей средой и т. д. Мы, понимая всю относительность полноты определения этой сложной психической функции, присоединяемся к достаточно краткой, но емкой трактовке интеллекта как **способности накапливать знания и применять их на практике**. Основным в интеллекте является способность целенаправленного усвоения и творческого использования опыта в постоянно меняющихся жизненных условиях. Интеллект индивидуален. Он характеризуется широтой, глубиной, самостоятельностью, живостью, гибкостью.

Кроме клинико-психологического определения интеллекта существуют психологические **тесты для определения уровня интеллекта** в целях решения вопросов способности к обучению, выбора профессии, профессионального отбора и т. д. Наиболее употребляемыми тестами является шкалы Станфорд-Бине и Векслера. Преимуществами этих тестов является оперирование одним показанием IQ, свидетельствующее об общем уровне интеллектуального развития индивида на основании результатов выполнения 11 субтестов (6 – вербальных, 5 – действия) относительно контрольных популяционных возрастных параметров и выраженном в процентах (умноженном на 100). Нормальный средний уровень интеллекта находится в пределах 110–90 %. Коэффициенты, превышающие 110 % рассматриваются как высокий интеллект, менее 90 % – как низкий. IQ менее 70 % свидетельствует об умственной отсталости (олигофрении).

Олигофрения (умственная отсталость, врожденное слабоумие) – патология интеллекта, выражающаяся в недоразвитии умственных способностей, носящее необратимый, постоянный на протяжении жизни характер.

Причины умственной отсталости многообразны (наследственность, инфекции, интоксикации, травмы, нарушения обмена веществ и т.д.), действуют в период внутриутробного развития и первых 3-х лет жизни, когда происходит интенсивное формирование мозговых структур. Поэтому слабоумие при олигофрении носит тотальный характер, проявляясь во всех сферах психической деятельности. Наибольшие расстройства отмечаются в мышлении, страдает его высшая форма – абстрагирование. В связи с этим, умственно отсталые несостоятельны в понимании нюансов межличностных отношений, в обучении, в сложных трудовых процессах, прогнозировании последствий своих действий и

т.д. При **легкой степени умственной неполноценности (дебильность)** имеются зачатки абстрактного мышления, поэтому их можно обучить чтению, письму, счету, несложной профессии в условиях особых вспомогательных школ, где работают специально подготовленные педагоги (дефектологи). Задачей таких школ является максимальная адаптация лиц с легкой умственной отсталостью в обществе. Лица с **умеренной умственной отсталостью (соответствуют выраженной дебильности и легкой имбецильности)** необучаемы. Они обладают малым словарным запасом (30–40 слов), косноязычны, с трудом, механически усваивают некоторые навыки поведения. Длительной тренировкой можно научить их простейшими операциям (одеваться, чистить зубы, пользоваться ложкой и др.) Такие дети могут быть определены в дома – интернаты психоневрологического профиля системы социального обеспечения. Там же находятся лица с **тяжелой и глубокой умственной отсталостью (идиоты)**, которые не могут говорить (рычание, свист, визг), поедают несъедобные предметы, наносит себе повреждения (царапают лицо, бьются головой о стену).

При работе с умственно отсталыми, социальный работник должен учитывать особенности мышления и интеллекта таких лиц, ориентироваться больше на показ, повтор необходимых операций для выработки социально – правильных стереотипов поведения.

Деменция – приобретенное слабоумие вследствие органического поражения головного мозга (травмы, инфекции, интоксикации, сосудистые и атрофические процессы). Начальные проявления деменции характеризуются заострением личностных особенностей (психопатизация), неадекватностью эмоций, тенденцией к обстоятельности и конкретности мышления. Лакунарная деменция – слабоумие с сохранением "ядра личности" – морально-этических свойств (характерна для церебрального атеросклероза). Тотальная деменция – слабоумие с утерей критики, морально-этических качеств и быстрой утратой памяти, навыков письма, чтения, счета и др. (характерна для болезни Альцгеймера). Простейшим методом диагностики деменции является беседа с пациентом, в которой выявляются его умственные возможности: способность назвать число, месяц, год, свой возраст, адрес, членов своей семьи и т. д. Деменция является необратимым состоянием, свидетельствующим о несостоятельности индивида. Подобные люди нуждаются в оформлении группы инвалидности через МРЭК и проведении социальным работникам реабилитационных мероприятий с поддержанием остаточных автоматизированных навыков (умение одеваться, питаться, совершать гигиенические процедуры и т. д.)

Тема 6. Эмоции, их расстройства.

Определение эмоций. Классификация (высшие, низшие, положительные, отрицательные, настроение, аффект). Внешние проявления эмоций (мимика, жесты, вегетативные реакции). Патология эмоций:(апатия, депрессия, маниакальное состояние, эйфория, дисфория, астения, эмоциональная лабильность, слабодушие, эмоциональная амбивалентность, неадекватность эмоций). Учет эмоциональных расстройств в работе социального работника и тактика его поведения. Реабилитационные мероприятия при депрессивных состояниях. Психологические тесты для определения эмоциональных состояний.

Эмоции – чувственная окраска всех психических актов, отношение человека к окружающему и самому себе. В основе эмоций лежат потребности, их удовлетворение или неудовлетворение вызывает соответствующую эмоциональную реакцию – положительную или отрицательную. К положительным эмоциям относятся: удовлетворение, радость, счастье и т.д., к отрицательным – неудовлетворенность, тоска, горе и др. Выделяют эмоции: низшие – основанные на инстинктах и высшие (чувства) – воспитанные в процессе жизни человека. Примерами низших эмоций являются удовлетворение после еды, полового акта и др., высших – радость от победы, благородного поступка и т. д. Биологическим базисом низших эмоций служит деятельность подкорковых образований головного мозга так называемой лимбической системы (перегородка, гипофиз, гипоталамус и др.), обеспечивающая гормональную и вегетативную регуляцию. Высшие эмоции имеют представительство в коре головного мозга. Кора и подкорка мозга (высшие и низшие эмоции) связаны между собой и регулируются сознанием человека. Знание механизмов эмоций необходимо для понимания и определения внешних проявлений эмоций: мимики, жестов, вегетативных реакций (частота сердечных сокращений, дыхания, состояние кожи, потоотделение и т. д.). Знание объективных признаков эмоций позволяет правильно, без предубеждения оценить, эмоциональное состояние человека. В обиходе часто используется слово **настроение** – стабильный на протяжении часов, дней эмоциональный фон. Всплески эмоций называются **аффектами**. Кратковременные эмоциональные взрывы, регулируемые сознанием относятся к физиологическим аффектам. Эмоциональное потрясение, вызвавшее сужение сознания с тематическими галлюцинациями, бредом, агрессивным поведением и последующей амнезией определяется как **патологический аффект**. Это кратковременное (минуты, часы) психическое расстройство, имеющее значение для судебно-психиатрической экспертизы. К наиболее частым расстройствам эмоций относится раздражительная слабость (эмоционально-гиперэстетическое состояние, **астения**), отмечающаяся при утомлении и при любых заболеваниях. В таком состоянии на самые легкие раздражители дается неадекватная по силе

эмоциональная реакция с последующей вялостью и усталостью. Иногда человек эмоционально слабо или вообще не реагирует на окружающих – **апатия**. Апатия является атрибутом тяжелых истощающих болезней, органических заболеваний головного мозга, шизофрении. При шизофрении характерна и **эмоциональная амбивалентность** – состояние, в котором парадоксально присутствуют две взаимоисключающих эмоции, например больной одновременно любит и ненавидит.

Неадекватность эмоций – несоответствующая ситуации эмоциональная реакция также может быть у больных шизофренией из-за внутренних аутистических переживаний, но чаще свидетельствует об умственной неполноценности (олигофрения, деменция). При невротических расстройствах (особенно истерии), астенических состояниях, начинающемся атеросклерозе характерна **эмоциональная лабильность** – легкая смена настроения по незначительным поводам, временами доходящая до степени **слабодушия** – недержания эмоций, например, больной плачет при просмотре сентиментального кинофильма. В жизни мы встречаемся с **эйфорией** – неадекватно повышенным, бездеятельным настроением, временно возникающим при легком алкогольным и наркотическим опьянении или постоянно присутствующем при органическом поражении лобных долей головного мозга и сочетающемся с деменцией.

Дисфория – тоскливо-злобное настроение, отмечается при эпилепсии, алкоголизме и после перенесенных черепно-мозговых травм. Однако наиболее значимым, широко распространенным эмоциональным патологическим состоянием является **депрессия** – болезненное понижение настроения, с мрачной пессимистической оценкой прошлого, настоящего и будущего, признанием своей никчемности, малозначимости, ущербности, что ведет к формированию бредовых идей самообвинения, самоуничтожения с последующими мыслями и попытками самоубийства (суицид). Депрессивные больные имеют характерный внешний вид (скорбное выражение лица, согбенная застывшая поза, медлительность движений, отсутствие аппетита, широкие зрачки и др. вегетативные признаки). В некоторых случаях двигательная заторможенность сменяется беспокойством, заламыванием рук, причитаниями – ажитация. Депрессивный больной – глубоко страдающий человек, нуждающийся в постоянном наблюдении (возможность суицида), лечении (обращение к психиатру) и контроля за приемом препаратов, психологической поддержке социальным работником. **Маниакальное состояние** встречается реже и характеризуется патологически повышенным настроением, поверхностностью суждений, переоценкой своих возможностей вплоть до бредовых идей величия, двигательной активностью (не спит, много говорит, поет, расторможены инстинкты.) Выраженное маниакальное

состояние требует госпитализации. Социальный работник должен оценить эмоциональное состояние больных клинически и помощью психологических тестов (шкалы депрессии Гамильтона, Цунга, Бека, цветовой тест Люшера и др.)

Тема 7. Воля, двигательно-волевые расстройства.

Определение воли. Этапы волевого акта. Патология волевых функций (гипобулия, гипербулия, ступор, кататония, негативизм, импульсивность, манерность). Виды психомоторного возбуждения (маниакальное, кататоническое, эпилептиформное). Расстройства инстинктов (полового, пищевого, самосохранения). Другие патологические влечения (клептомания, дромомания, пиромания). Тактика социального работника при выявлении двигательно-волевых расстройств.

Воля – способность к достижению поставленной цели. Удовлетворение потребностей человека от инстинктивных до духовных является основой волевых усилий. То, что побуждает деятельность, направляет ее на удовлетворение определенной потребности, называют мотивом этой деятельности. У человека даже низшие мотивы опосредованы процессом воспитания, приобщением к культуре. Волевой акт включает в себя: постановку цели, борьбу мотивов, решение и исполнение. Воля является непременным атрибутом характера и личности человека, которые претерпевают изменения в процессе психических расстройств. Слабость волевых побуждений – **абулия** наблюдается при интеллектуальной недостаточности (деменция, олигофрения), при шизофрении, глубокой депрессии, астенических состояниях. **Гипербулия** – патологическое усиление волевой активности характерно для лиц со сверхценными и паранойяльными идеями. Волевые нарушения внешне проявляются в двигательных расстройствах. **Ступор** – мышечное оцепенение. Может быть: в результате эмоциональных потрясений (реактивный ступор), как крайняя степень депрессивной заторможенности (депрессивный ступор), в структуре кататонического синдрома при шизофрении (кататонический ступор). Кататонический ступор, характеризуется **негативизмом** – игнорирование указаний (пассивный негативизм), или противодействием (активный негативизм), мутизмом (отсутствие ответов на вопросы), **каталепсией** ("восковой" гибкостью мышц), симптомами "воздушной подушки", "эмбриональной позы" и др., манерностью и импульсивностью.

Психомоторное возбуждение часто сопровождается нарушениями сознания и эмоционально-волевой сферы. Различают: маниакальное возбуждение при маниакальном синдроме (целенаправленное, правда с отвлекаемостью, при котором психика и моторика содружественны, подчинены одной цели); кататоническое возбуждение (хаотическое, бесцельное,

импульсивное, со стереотипными, эхопраксиями, эхолалиями, вербигерацией); эпелептиформное (с сужением сознания, бредом, галлюцинациями, аффектом тоски, злобы и агрессивными, разрушительными действиями). Больные в состоянии психомоторного возбуждения социально опасны, требуют срочной госпитализации, поэтому социальный работник, столкнувшись с ними должен быть осторожен, необходимо вызвать бригаду скорой психической помощи.

Сложные поведенческие реакции, основанные на инстинктивных влечениях тоже могут выходить из под контроля разума и искажаться при психических нарушениях. К **расстройствам пищевого инстинкта** относятся его патологическое усиление – **булимия** (при слабоумии, маниакальном состоянии, органической патологии головного мозга), а также **анорексия** – ослабление пищевого инстинкта (при депрессии, бреде). В подростковом и юношеском возрасте, особенно у девушек, достаточно типична нервная анорексия (сверхценное, а иногда и бредовое отношение к своему весу, ведущее к отказу от еды). Извращение пищевого инстинкта проявляется в поеданий несъедобных веществ (земли, испражнений) и характерно для глубокой умственной неполноценности (идиотии). Нарушение полового инстинкта проявляются в виде болезненного повышения – сатириаз (у мужчин), нимфомания (у женщин), отмечаются при маниакальных состояниях и органической патологии головного мозга, ослабления – гипосексуальность, фригидность – при астенических и депрессивных состояниях. Извращения (перверзии) присущи аномальным, с эмоционально-волевой неустойчивостью личностям (психопатам). Среди сексуальных перверзий выделяют: садизм – получение полового удовлетворения, причиняя боль половому партнеру, мазохизм – при истязании партнером, трансвестизм – при переодевании в одежду противоположного пола, эксгибиционизм – при обнажении, фетишизм – при обладании вещью предмета обожания. Могут быть сексуальные перверзии, при которых половое влечение направлено на лиц своего пола – гомосексуализм (педерастия, лесбийская любовь), детей – педофилия, животных – зоофилия (скотоложство) и др. Нарушение инстинкта самосохранения в виде его повышения выражается в болезненном опасении за свою жизнь и здоровье (ипохондрия, бред преследования), в виде понижения – стремление к самоубийству (при депрессии). Извращения инстинкта самосохранения представлены импульсивным самоповреждением (бритвой, ножом, поеданием лезвий, гвоздей и др.), что характерно для поведения психопатических личностей. К другим патологическим влечениям относятся внезапные немотивированные поступки: дромомания – стремление к бродяжничанию, пиромания – стремление к поджогам; клептомания – стремление к воровству; трихотилломания – стремление к выщипыванию волос, онихофагия – стремление к обгрызанию ногтей и др. Социальный

работник обязан правильно оценить проявления двигательной-волевой патологии и при необходимости организовать консультацию психиатра.

Тема 8. Сознание и его расстройства.

Определение сознания. Признаки нарушения сознания по К. Ясперсу. Патология сознания: (оглушенное сознание – обнубиляция, сомноленция, сопор, кома, помраченное сознание – делирий, онейроид, аменция, сумеречное сознание). Амбулаторные автоматизмы (транс, фуга, сомнабулизм). Деревализация, деперсонализация. Приемы выявления нарушений сознания. Доврачебная помощь. Тактика социального работника при обнаружении расстройств сознания.

Сознание – высшая интегративная психическая функция, при помощи которой осуществляется познавательное отображение объективного мира и самого себя, а также регулируется взаимоотношение человека с социальной и природной средой. Индивидуальное сознание формируется в процессе усвоения человеком общественно выработанных представлений, понятий, взглядов и норм. В структуру сознания входят:

- 1) важнейшие познавательные процессы (ощущения, восприятие, запасы памяти, мышление и воображение);
- 2) способность различать субъект и объект (самосознание и сознание окружающего мира);
- 3) способность обеспечения целеполагающей деятельности (волевой, целенаправленной, критически оцениваемой);
- 4) отношение к реальной действительности, ее переживание (А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский, 1977) .
- 5) Основными характеристиками сознания считают степень его ясности (уровень бодрствования), объем (широту охвата явлений окружающего мира и собственных переживаний), содержание (полноту, адекватность и критичность оценки используемых запасов памяти, мышления, эмоционального отношения) и непрерывность (способность осознания и оценки прошлого, настоящего и будущего). В психической деятельности активное участие принимают и неосознаваемые процессы. Согласно В. Вундту (1862), выделяют три взаимодействующих уровня:

- 1) сознательный (осознаваемое активное содержание мыслей и переживаний);
- 2) подсознательный (содержание переходящее в подходящий момент на сознательный уровень);

3) бессознательный (инстинктивные механизмы и личное бессознательно-неосознаваемая мотивация аффективных и других общих реакций).

3. Фрейд и его последователи в психической деятельности главную роль отводят бессознательному, отрицая решающее значение активного сознания.

В клинической практике для определения нарушений сознания руководствуются критериями К. Ясперса (1915):

- 1) неотчетливость, затруднение, фрагментарность или полная невозможность восприятия окружающего;
- 2) дезориентировка в месте, времени, ситуации;
- 3) ослабление и даже исключение способности к суждениям;
- 4) затруднение запоминания текущих событий и собственных переживаний, отрывочность или отсутствие воспоминаний о периоде помрачения сознания.

Выделяют "простые", "количественные" нарушения сознания – оглушение и "качественные", "сложные" – помрачение. **Оглушенное сознание** характеризуется повышением порогов раздражения, заторможенностью неотчетливостью восприятия. Такое состояние является результатом тяжелых болезней (инфекций, интоксикаций, травм и др.). Разновидностями (степенями) оглушенного сознания являются **обнубиляция, сомноленция, сопор, кома**. Под обнубиляцией понимают колеблющиеся по интенсивности легкое затемнение сознания с затруднением осмысливания ситуации, понимания смысла происходящего и чужой речи, под сомноленцией – сонливое состояние с замедленностью психических процессов (ответы после паузы, непонимание сложных вопросов, необходимость повышать голос). При сопоре больной не отвечает на вопросы, но сохранены рефлексы (болевого, зрачковой), а при коме рефлексы отсутствуют, нарушается дыхание и сердечная деятельность, страдает мозг. Кома – критическое состояние, граничащее со смертным исходом. Требуется доврачебная помощь, которая включает искусственное дыхание "рот в рот", непрямой массаж сердца, вызов скорой помощи.

Помрачение сознания представлено делирием, онейроидом, аменцией, сумеречным расстройством сознания. **Делирий** характеризуется нарушением ориентировки в месте и времени с сохранностью понимания своего "я", массивными истинными галлюцинациями, которые по бредовому трактуются больным и выраженным психомоторным возбуждением. По миновании делирия отмечается частичная амнезия. Делирий – наиболее частая форма инфекционных, интоксикационных, органических психозов. **Онейроид** – сновидное состояние помраченного сознания с наплывом сценподобных, фантастических представлений, псевдогаллюцинаций, которые вызывают пристальное внимание больного (неподвижно сидит, созерцая, "картины"). Расстраивается ориентировка

не только в окружающем, но и в себе (действующие лицо фантастических событий). Онейродные переживания настолько яркие, что на некоторое время у больного остается убежденность в действительности происшедшего с ним (резидуальный бред). Онейроид встречается при шизофрении, эпилепсии, экзогенно-органических заболеваниях головного мозга. **Аменция** – спутанность сознания с полным распадом ориентировки всех видов, фрагментарными галлюцинациями (что-то сбрасывает с себя, невнятно бормочет, куда-то таращится). Характерно хаотическое возбуждение в пределах постели с перебиранием руками одеяла, отсутствием контакта и тяжелым физическим состоянием, доходящим до комы. При выздоровлении – полная амнезия пережитого. Аменция бывает при тяжелых соматических заболеваниях, (пневмония, сепсис и др.). **Сумеречное (суженное) состояние сознания**, характеризуется внезапным началом и внезапным окончанием, полной дезориентировкой, наличием ярких устрашающих галлюцинаций, образного бреда, бурных аффектов (страха, тоски, злобы.), разрушительным психомоторным возбуждением, полным отсутствием воспоминаний психотического периода. В некоторых случаях сумеречное расстройство сознания представлено внешне упорядоченным поведением со сложными автоматизированными действиями – **амбулаторные автоматизмы**. Выделяют амбулаторный автоматизм в виде **транса** – передвижение в таком состоянии на достаточно длительное расстояние; **фуги** – стереотипного бега; **сомнабулизма (лунатизма)** – **ряда сложных действий во время сна**. Сумеречные расстройства сознания встречаются при эпилепсии и органических заболеваниях головного мозга, реактивных психозах. К другим расстройствам сознания относятся **дереализация и деперсонализация**. При дереализации окружающее воспринимается как измененное (черное, плоскостное, неживое), уже виденное и т. д. При деперсонализации происходит расстройство единства психических процессов, нарушается осознание своего "Я" (синдром Кандинского, амбивалентность и др.). Явления деперсонализации чаще встречаются при шизофрении.

Социальный работник должен определить расстройства сознания у пациентов клинически и с помощью проб Липмана, Ашафенбурга, Рейхардта, при наличии помраченного сознания вызвать скорую медицинскую помощь.

Тема 9. Общая синдромология психических расстройств.

Уровни поражения психики и синдромы психических расстройств. Психоорганический синдром, его виды и особенности клинических проявлений. Острый и хронический мозговой синдром. Судорожный синдром: (большой, малый, абсанс, нарколептические припадки). Кататонические и

галлюцинаторно-бредовые синдромы. Ипохондрический синдром. Дистимия. Аффективные синдромы. Невротические синдромы. Позитивная и негативная симптоматика. Динамика процессов, связь симптома, синдрома и нозологической единицы (болезни). Общие принципы реабилитации при различных психопатологических синдромах.

Как уже указывалось ранее (лекция 4), симптомы, т. е. отдельные признаки заболевания неспецифичны, отображают какое-то неблагополучие в организме.

Совокупность симптомов – **синдромы**, объединенные общим патогенезом, более важны для диагностики видов и отдельных психических расстройств. Одни синдромы неспецифичны (например, астения), возникают практически при всех болезнях, другие – имеют большую тропность к тем или иным заболеваниям (например, аутизм при шизофрении). Некоторые синдромы возникают в начале болезни (например, паранойяльный бред), другие – свидетельствуют о заключительной стадии болезненного процесса (например, парафренный бред). Бывают синдромы обратимые (например, делирий), бывают – необратимые или мало обратимые (например, деменция). Причем массивность, грубость психических расстройств не всегда свидетельствует об их необратимости (например, выраженное помраченное расстройство сознания проходит почти бесследно, а легкий обсессивно-компульсивный синдром может присутствовать на протяжении всей жизни больного). Синдромы в течении болезни могут повторяться однообразно по типу клише (например, депрессивный синдром в рамках маниакально-депрессивного психоза), а могут трансформироваться, утяжеляться (например, ипохондрический бред при прогрессировании заболевания превращается в нигилистический бред Котара). Выделяют негативные (первичные) – с явлениями ущерба для личности синдромы (например, снижение энергетического потенциала), и позитивные (вторичные) – (например, бред и галлюцинации). Существует мнение эквивалентности (т. е. об одинаковом исходе) многих, если не всех, психических заболеваний в виде слабоумия, имеющего, правда, своеобразие при разных нозологических формах (например, шизофреническое или эпилептическое слабоумие). В общей психопатологии, начиная с Э. Крепелина, сложились взгляды о регистрах психопатологических синдромов, присущих тому, или иному кругу психических заболеваний. В отечественной психиатрии наибольшую известность получила модель соотношения позитивных синдромов и нозологических единиц А.В. Снежневского (1974), представленная в виде кругов психопатологических расстройств, включенных друг в друга:

- 1) эмоционально-геперэстетических (астенических);
- 2) аффективных (депрессивных маниакальных);
- 3) невротических (навязчивых, истерических, деперсонализационных);

- 4) паранойяльных, вербального галлюциноза;
- 5) кататонических, парафренных, галлюцинаторно-параноидных;
- 6) помрачения сознания (делирий, аменция, сумеречное сознание);
- 7) парамнезий;
- 8) судорожных;
- 9) психоорганических расстройств.

Нарастание тяжести негативных расстройств, представлено следующей схемой:

- 1) истощаемость психической деятельности;
- 2) субъективно осознаваемая измененность "Я";
- 3) объективно определяемая измененность личности;
- 4) дисгармония личности (включая шизоидизацию);
- 5) снижение энергетического потенциала;
- 6) регресс личности;
- 7) амнестические расстройства;
- 8) тотальное слабоумие;
- 9) психический маразм.

Предполагается, что каждый следующий круг включает и симптоматику других кругов, входящих в него. Так, круг 1 позитивных расстройств (астения), присущ всем заболеваниям, круги 1,2 маниакально-депрессивному психозу, круги 1,2,3 – невротическим расстройствам, круги 1–5 содержат все синдромы, входящие в клинику шизофрении. Круг 6 включает синдромы экзогенных психозов. Круг 7 – парамнестический, пограничный между экзогенными и органическими психозами. Круг 8 включает расстройства свойственные эпилепсии. В последний 9 круг входят все нижележащие проявления психических расстройств. В схеме негативных расстройств также обнаруживается последовательность нарастания тяжести расстройства в зависимости от его нозологической принадлежности так, негативные расстройства в картине маниакально-депрессивного психоза исчерпываются кругами 1 и 2, при шизофрении – кругами 4-7, при экзогенных психозах и эпилепсии – 8, при грубоорганических психозах кругами 9 и 10 (максимальная тяжесть). В клинической картине психически расстройств обнаруживают обратные отношения между негативными и позитивными синдромами – чем больше выражение первые, тем меньше возможности возникновения вторых, особенно сложных форм. Большинство упомянутых в схемах синдромов уже описывалось в предыдущих лекциях, другие найдут свое отражение в последующих. В данной лекции мы кратко остановимся на ипохондрическом синдроме, в основе которого лежит навязчивая, сверхценная или бредовая идея наличия у пациента того или иного заболевания. При навязчивой, невротической ипохондрии у больного постоянно, несмотря на отрицательные

результаты объективных исследований, присутствуют опасения возможности рака, СПИДа, инфаркта и т.д., при понимании нелепости своих опасений. Больной со сверхценной ипохондрической идеей мобилизует все свои ресурсы на поиск болезни, переходя от врача к врачу и проводя все новые и новые ненужные исследования. Ипохондрический бред часто поддерживается сенестопатическими ощущениями, ведет к нелепым умозаключениям относительно происхождения мнимой болезни в результате действий окружающих ("заразили", "сглазили", "навели порчу" и т.д.), такой больной может быть социально опасен (убийство "виновника"). Разновидностью ипохондрического синдрома является дисморфоманический. **Дисморфофобия (димосформания)** – убежденность в дефекте своей внешности (носа, ушей, лба и др.) Характерен для подросткового и юношеского возраста, в котором, большое внимание уделяется внешности. Больные постоянно рассматривают себя в зеркале (симптом зеркала), не фотографируются или фотографируются, скрывая мнимый дефект (симптом фотографии), требуют пластических операций. **Психоорганический синдром** является результатом воздействия на мозг различных патологических факторов (инфекций, интоксикации, травм и др.) и характеризуется эмоциональными расстройствами, снижением памяти, ослаблением понимания, суждений и критики, не достигающими до степени слабоумия. Выделяют астенический, эксплозивный (взрывчатый), эйфорический и апатические варианты психоорганического синдрома. В современных классификациях присутствуют такие понятия как острый и хронический мозговой синдромы. Клинические проявления острого мозгового синдрома соответствуют помрачению сознания (делирию), а хронического – психоорганическому синдрому или деменции.

Тема 10. Психические нарушения при инфекциях и соматических заболеваниях. Нарушения психики в предстарческом и старческом возрасте. Принципы реабилитации.

Психические расстройства при острых инфекциях (грипп, пневмония, сепсис, инфекционный гепатит и др.). Психические нарушения при хронических инфекциях (ревматизм, энцефалит, нейросифилис, прогрессивный паралич, СПИД и др.). Психические нарушения при заболеваниях почек, желудочно-кишечного тракта, авитаминозах, эндокринных заболеваниях, промышленных и лекарственных отравлениях, лучевых поражениях. Особенности у детей.

Психические расстройства разного уровня (невротического, психотического) могут быть при любом инфекционном и соматическом заболевании. Нарушение деятельности мозга может быть результатом

воздействия как экзогенной интоксикации, так и токсических факторов нарушенного обмена веществ. Возникновение психических расстройств зависит также от силы (нейротропности) патологических агентов и индивидуальных (конституционных) особенностей организма, т. е. предрасположенности (наследственной и приобретенной). Так, при малярии, сыпном тифе, кори, гриппе психозы возникают относительно часто, а при дифтерии и скарлатине редко. На ранних этапах развития психиатрии доминировала идея, что каждая причина дает только ей присущую клиническую картину заболевания. Однако в дальнейшем стало очевидно, что при различных экзогенных причинах выявляются схожие психиатрические синдромы, правда имеющую какую-то специфику. К. Бонгеффер (1908) сформировал концепцию об экзогенном типе реакций, выделил сначала 5 типов таких неспецифических реакций: оглушение, делирий, сумеречное помрачение сознания, аменция, острый галлюциноз. В дальнейшем к этому типу реакций отнесли состояния астении и амнестический синдром. Наличие в клинической картине экзогенных психических расстройств синдромов эндогенного круга (депрессии, мании, бреда) объяснялось слабостью и длительным воздействием внешнего патогенного фактора, а также включением эндогенных механизмов реагирования на вредность. Успехи в терапии экзогенных расстройств привели к урежению классических форм экзогенных реакций и увеличению количества стертых и эндоформных проявлений.

Из **острых инфекций** остановимся на гриппе, который протекает с астенией в начале и конце заболевания, но может проявляться оглушением, делириозным или аментивными синдромами. При повреждении мозга (воспаление сосудов, оболочек, ткани мозга) возможен психоорганический синдром. Такая же клиническая симптоматика при кори с появлением делирия в фазе появления коревой сыпи. Хотя за последние десятилетия число психических расстройств при пневмониях сократилось в 20 раз, однако в таких случаях возможно появление, наряду с астенией, синдромов помраченного сознания (делирий, онеройд, аменция, сумеречное сознание), а также оглушения. Септические состояния (массивная гноеродная инфекция) сопровождаются астенией, депрессией, оглушением и аменцией. Инфекционный гепатит характеризуется астено-динамическим синдромом и разновидностями оглушения (обнубуляция, сомноленция).

Психические нарушения **при хронических инфекциях** чаще обусловлены органическим поражением головного мозга. При нейроревматизме отмечается выраженный астенический синдром. Возможны личностные изменения в виде ипохондричности, фобий, истериформных реакций. Из психотических нарушений отмечаются делириозные и онейроидные расстройства сознания, психосенсорные, депрессивные и бредовые расстройства, судорожный синдром. Для ревматической хореи у детей и подростков характерна: расторможенность поведения, гримасничание, неряшливость тетрадей. Длительное течение нейроревматизма может привести к психоорганическому синдрому.

Туберкулез, особенно тяжелые формы, могут проявляться эйфорией, маниакальным состоянием, судорожными припадками.

Вирусные энцефалиты сопровождаются лихорадкой, астенией, оглушением, синдромами помрачения сознания, аффективными, галлюцинаторными, бредовыми и кататоническими проявлениями, возможно формирование психоорганического синдрома.

Психические расстройства при сифилисе бывают в результате поражении сосудов мозга, оболочек, образования гumm (воспалительных уплотнений) – сифилис мозга и в результате повреждения нейронов – прогрессивный паралич. Выделяют: "сифилитическую неврастению" – вялость, утомляемость, головные боли, сонливость, трудность сосредоточения, и др.; психопатизацию личности с утратой тонких нравственных качеств и расторможенностью влечений; острые делирии, аменцию, кататоническое возбуждение) и затяжные (маниакальные, депрессивные, ипохондрические) психотические состояния. Через 2–5 лет наступает тотальная деменция и физический маразм.

ВИЧ – инфекция и СПИД ведут к снижению иммунитета, легкому возникновению различных заболеваний и опухолей, постоянной астении, депрессии, психоорганическому синдрому.

Различные **соматические заболевания** могут вызвать те или иные психические расстройства. Почечная недостаточность ведет к уремическому токсикозу с адинамической астенией, временами с оглушением, спутанностью сознания, постепенным формированием психоорганического синдрома. Обострение язвенной болезни сопровождаются раздражительностью, депрессией, ипохондричностью, заострением личностных особенностей. Острый панкреатит может вызвать делириозный синдром, переходящий в аменцию и кому. Диабет сочетается с астенией и депрессией. Недостаточность всасывания в желудочно-кишечном тракте ведет к дефициту необходимых для обмена веществ, падению веса и астении. **Авитаминозы** тоже вызывают психические расстройства. Так, недостаток витамина В₁ в сочетании со злоупотреблением алкоголем ведет к амнестическому синдрому и полиневриту, витамина, В₆ – к депрессии. При

недостатке витамина РР отмечается раздражительная слабость, ипохондрия, возможны делирий, аменция, онейроид, сумеречное состояние сознания. При развитии кахексии могут возникать депрессивно-бредовые состояния с тревогой, ажитацией, бредом Котара, галлюцинаторно-параноидным синдромом и апатией.

При эндокринных заболеваниях развивается психоэндокринный (психопатоподобный) синдром, характеризующийся снижением психической активности, изменением влечений, инстинктов и настроения, переходящий при длительном, тяжелом течении болезни в амнестико-органический синдром и деменцию. Возможно возникновение психозов с помраченным сознанием, депрессивных, шизофреноподобных. Среди большого количества эндокринопатий, остановимся на гипертиреозе, протекающем с раздражительностью, вспыльчивостью, тревогой и депрессией и гипотиреозе, характеризующемся вялостью, апатичностью, у детей – умственном недоразвитии (микседема, кретинизм).

Среди психических нарушений при промышленных, бытовых и лекарственных отравлениях остановим внимание на последствиях воздействия угарного газа СО, тетраэтилсвинца (ТЭС), ртути, фосфоорганических соединений (ФОС), радиации, атропина.

При отравлении СО в остром периоде развивается картина оглушения, в отдаленном – амнестический и психорганический синдромы. ТЭС дает выраженную астению, гиперкинезы, "симптом волоса во рту", псевдопаралитический, корсаковский, судорожные синдромы. Отравление ртутью характеризуется эйфорическим или апатическим вариантами психорганического синдрома, дизартрией, тремором, атаксией. Острое отравление ФОС сопровождается рвотой, судорогами, комой, делирием. Отравление атропиносодержащими препаратами (белладонна, циклодол и др.) вызывает делирий с яркими зрительными и тактильными галлюцинациями. Высокие дозы радиации вызывают лучевую болезнь с расстройствами сознания и летальным исходом, низкие – радиофобию и психорганический синдром.

Психические нарушения при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Психические расстройства при инфаркте, гипертонической болезни, атеросклерозе. Симптоматика начальных стадий сосудистых заболеваний. Психопатология развернутых форм сосудистых заболеваний. Особенности течения острых психозов сосудистого генеза. Сосудистая деменция. Уход за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Учет личностных изменений больных в работе социального работника. Принципы реабилитации таких пациентов.

Среди людей даже незнакомых с медициной сердце отождествляется с органом, отвечающим за жизнь.

Поэтому все неполадки связанные с сердечной деятельностью воспринимаются болезненно, с тревогой и страхом, которые сами сопровождаются вегетативными реакциями (учащенное сердцебиение, прилив крови к лицу, похолодание конечностей, потливость и т. д.). Подобные реакции могут закрепиться и стать способом реагирования личности на неблагоприятные жизненные ситуации. Если такое происходит в детском и подростковом возрасте, подобный способ реагирования, часто поддержанный родителями, может стать личностной чертой (тревожной мнительностью) и повести к патохарактерологическому формированию личности. У взрослых больных также возможна неадекватная оценка имеющихся у них сердечно-сосудистых расстройств с уходом в болезнь. При **инфаркте миокарда** (об опасности которого все знают) у больных часто развивается кардиофобический синдром с ожиданием боли, страхом повторного инфаркта, опасением подниматься с постели и делать физические упражнения даже, тогда когда опасность миновала и необходимо расширять двигательный режим. Другие постинфарктные больные наоборот недооценивают тяжесть произошедшего, неадекватно эйфоричны: "ничего страшного, пустяки", нарушают постельный режим и могут получить повторный инфаркт. В остром периоде инфаркта возможны нарушения сознания (оглушение, вплоть до комы и делирий, характеризующийся психомоторным возбуждением, нестойкостью галлюцинаторных переживаний). В постинфарктном периоде отмечается вялость, резкая утомляемость, ипохондричность.

Психические нарушения возникают также при пороках сердца. Длительное существование порока сердца вызывает гипоксию мозга, могут формироваться психоорганический, судорожный, амнестический синдромы в обрамлении неврозоподобной симптоматики (астения, фобии, истероформные проявления, депрессии и др.). Хирургические операции на сердце помогают устранить пороки, но далеко не всегда изменяют психологию больного. У многих оперированных продолжает оставаться прикованность внимания к работе сердца с опасениями поломки клапана. У таких пациентов вырабатывается отрицательное отношение к реабилитации, развивается тревожно-депрессивный синдром с пессимистическими взглядами на жизненную перспективу, возможны суицидальные попытки.

Психические расстройства при **гипертонической болезни** и **атеросклерозе** сосудов головного мозга трудно отличить друг от друга, особенно на начальных и конечных этапах сосудистой патологии. Особняком стоят острые гипертонические психозы, при которых подъем артериального давления коррелирует с нарушениями сознания в виде оглушения, аменции (спутанности), делирия, сумеречного состояния сознания. Такие психозы кратковременны и при падении артериального давления быстро прекращаются

с амнезией периода психотических расстройств. Симптоматика начальной стадии сосудистых заболеваний характеризуется церебрастеническим синдромом с головной болью, "тяжелой головой", головокружением, покачиванием, шумом в голове ("пилят", "звенит" и т. д.), "мушками перед глазами", трудностью сосредоточения и выполнения сложных мыслительных операций, малой умственной продуктивностью, легкой раздражительностью, эмоциональной лабильностью, слабодушием (слезливостью), быстрой утомляемостью, плохим сном и т. д. При длительном течении гипертонической болезни и атеросклероза прогрессирует гипоксия головного мозга, отмечаются дистрофические изменения нейронов. Клинически это проявляется замедлением мышления, с использованием привычных речевых штампов, трудностью усвоения нового, консерватизмом взглядов. Снижается настроение с пессимистической оценкой будущего (тревожно-депрессивный синдром). Характерна фиксация на болезненных ощущениях (ипохондрический синдром), появляется страх за свое здоровье (фобический синдром). Заостряются присущие пациенту до болезни личностные особенности (психопатизация личности). Чаще всего наблюдаются психопатоподобные изменения по истерическому типу с капризностью, демонстративным поведением, эгоцентричностью, обвинениями в невнимании к ним со стороны родственников и врачей. У лиц, которые в прошлом были нерешительными, склонными к самоанализу, перепроверке своих действий усиливаются психастенические черты; у недоверчивых, подозрительных церебральный атеросклероз усугубляет паранойяльные черты характера. В течение сосудистых расстройств головного мозга возможно также возникновение бредовых психозов с идеями преследования, отношения, отравления, ревности, вербального и тактильного галлюцинозов, маниакальных и депрессивных расстройств.

Все психиатрические расстройства проявляются на фоне психорганического синдрома (в различных его вариантах), что наносит отпечаток на клинические проявления психотических расстройств (простота, неразвернутость, рудиментарность). Самым тяжелым последствием нарушений мозгового кровообращения являются инсульты, ведущие к исключению из психической деятельности обширных областей мозга. Следствием этого является сосудистая деменция, лакунарная по своему характеру. Признаки деменции нарастают в течении длительного (годы) периода времени. Больные зачастую понимают свою несостоятельность в мыслительной деятельности (трудность усвоения нового, сложного), замечают недостатки памяти (забывчивость, сложности припоминания названий, имен и т. д.). В связи с этим, ищут помощи у врачей (принимают противосклеротические препараты), используют записи и т. д. В некоторых случаях, наряду со слабодушием, бывает эйфория,

рассторможенность влечений или, в зависимости от очагов поражения, афазия, апраксия, агнозия.

Социальный работник обязан уметь ухаживать за постинсультными больными (тренировка речевых и моторных навыков). Необходим учет личностных особенностей лиц с сосудистой патологией при контакте с ними. Следует помнить об их легкой ранимости и медлительности, мнестических расстройствах, реакциях на своей несостоятельность.

Психические нарушения при черепно-мозговых травмах и опухолях.

Классификация черепно-мозговых травм. Стадии развития травматической болезни. Психические нарушения в острой стадии. Психические нарушения в поздней стадии. Психические расстройства в стадии отдаленных последствий. Проблемы компенсации церебральных функций. Учет социальным работником личностных изменений больных, вопросы трудоустройства больных с остаточными явлениями после перенесенной травмы головного мозга. Психические нарушения при опухолях головного мозга в зависимости от локализации. Методы реабилитации данных больных.

В связи с развитием техники и транспорта растет травматизм. Черепно-мозговая травма занимает в структуре травматизма 20–50 %. Психические расстройства отмечаются у четверти больных перенесших черепно-мозговую травму. Выделяют открытые, с нарушением целостности костей мозга черепно-мозговые травмы и закрытые – без их повреждения. Открытые травмы могут осложняться инфицированием с развитием воспаления оболочек мозга (менингоэнцефалита). Традиционно различают: сотрясение мозга, ушиб и сдавление. При сотрясении головного мозга кратковременно нарушается сознание, отмечаются тошнота, рвота; при ушибе (в зависимости от очагов поражения) отмечаются парезы, нарушения чувствительности, речи и др. Сдавление мозга возникает в результате мозговых кровоизлияний с давлением крови на мозг и появлением заторможенности, сонливости, комы. Такое состояние требует срочного вызова скорой помощи для оперативного вмешательства, без которого возможен смертельный исход.

Условно выделяют следующие стадии развития травматической болезни головного мозга: начальный (острейший), острый, поздний, отдаленных последствий. **В начальной стадии** пострадавший теряет сознание в различной степени **от обнубления до комы**. При прояснении сознания (**в острой стадии**) отмечаются: головная боль, головокружение, повышенная чувствительность к свету и звуку, быстрая утомляемость, трудность сосредоточения, эмоциональная лабильность, т. е. **церебрастенический (посткоммоционный) синдром**. Могут отмечаться и преходящие психотические расстройства с помраченным сознанием в виде делирия,

онейроида, сумеречных расстройств сознания, аменции. Возможно появление после восстановления сознания **амнестического (Корсаковского) синдрома** продолжительностью от нескольких дней до 3–4 месяцев. После длительной комы, при которой погибает кора головного мозга, и восстановления в результате реанимации функций дыхания и сердечной деятельности отмечается апаллической синдром: больной лежит неподвижно с открытыми глазами, не фиксирует взглядом окружающие предметы, не реагирует на прикосновение, не отвечает на вопросы. В остром периоде не исключены судорожные припадки и аффективные расстройства в виде дисфорических депрессий и непродуктивных маний.

По мере выздоровления (**в поздней стадии**), продолжающейся от 1–2 месяцев до года, постепенно сглаживаются все расстройства острой стадии черепно-мозговой травмы и у значительного числа больных нормализуется психическая деятельность. Процессы компенсации наиболее выражены в детском возрасте, у пожилых, в силу имеющейся у них сосудистой патологии, компенсаторные возможности мозга ниже. Из-за возраста, сопутствующих заболеваний, тяжести травмы, у части больных наступает стадия отдаленных последствий, характеризующаяся явлениями хронического психоорганического синдрома: остаются и утяжеляются церебрастенические симптомы – **органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство**; возникают торпидность; вязкость; обстоятельность; брадифрения с дисфориями, взрывчатостью или апатией – **органическое расстройство личности**; появляются истерические (конверсионные) нарушения: анестезия, судороги, парезы и др., признаки демонстративного поведения – **органическое диссоциативное расстройство**. У некоторых больных отмечаются **органические аффективные расстройства**. Депрессия сочетается с тревогой, дисфорией, ипохондрией. Маниакальное состояние сопровождается непродуктивной эйфорией, раздражительностью, вялостью побуждений, истощаемостью к концу дня. Из других психотических расстройств возникающих в этой стадии следует упомянуть **органический галлюциноз** – постоянные или рецидивирующие стереотипные простые слуховые, зрительные или тактильные галлюцинации при ясном сознании. Встречается также **органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство**, носящее как хронический характер, так и возникающее периодически на фоне выраженных органических изменений личности сходных с эпилептическими (торпидность, обстоятельность мышления). Продуктивная психопатологическая симптоматика включает в себя галлюцинации и бред. Иногда наблюдаются клинические картины с открытостью мыслей, слуховыми псевдогаллюцинациями, психическими автоматизмами. В ряде случаев бредовые расстройства носят паранойяльный характер с религиозными идеями, идеями ревности, сутяжным поведением. После тяжелых или повторных черепно-мозговых травм возможно развитие

травматической деменции со снижением уровня суждений, памяти, критических функций и рядом симптомов, зависящих от локализации поражения. Чаще это лобные, лобно-базальные, базально-височные области мозга. В одних случаях преобладает аспонтанность, вялость, апатия, в других – эйфория, переоценка своих возможностей, расторможенность низших влечений.

В своей деятельности социальный работник должен учитывать неадекватные реакции и умственные возможности больных церебральными, мягким поведением предупреждать эксплозивность таких больных, учитывать их мнестические нарушения, поддерживать щадящий режим работы и отдыха, следить за регулярностью приема профилактических лечебных средств, бороться с вредными привычками (алкоголь, курение) своих клиентов. Перенесший черепно-мозговую травму в большинстве случаев трудоспособен, однако нуждается в ограждении от перегрузок, трудовом и температурном режиме (отказ от ночных смен, длительной езды, перегрева и т. д.), дополнительном отдыхе.

Психические расстройства при **опухолях головного мозга** характеризуется общемозговыми явлениями в виде распирающих головных болей и оглушенности, заторможенности, апатичности, безучастности, а также психопатологической симптоматики, зависящей от локализации опухоли. Так, при опухолях височной области бывают слуховые вкусовые и обонятельные галлюцинации, при опухолях затылочной области – зрительные, при опухолях темной доли – психосенсорные расстройства, при опухолях лобных отделов – лобная симптоматика (апатия или эйфория) и т. д. Наличие вышесказанной симптоматики заставляет подумать о возможности опухоли мозга и требует направления направить такого клиента на обследование.

Нарушения психики в предстарческом и старческом возрасте.

Современное состояние вопроса. Клинические разновидности пресенильного психоза – депрессия, паранойя. Сенильные (старческие) психозы. Разновидности старческих психозов – болезнь Альцгеймера, Пика, Гентингтона, сосудистая деменция и др. Синдромы, часто встречающиеся в позднем возрасте: делирий, деменция, аффективные расстройства. Особенности обследования пациентов позднего возраста. Техника беседы с лицами позднего возраста. Учет социальным работником особенностей поведения таких лиц. Особенности ухода за ними.

Деменция - обозначает – быть далеко от памяти. Согласно МКБ-10 ей дано следующее определение – это синдром, который является следствием, в большинстве случаев, хронической или прогрессирующей болезни мозга с нарушением многих высших корковых функций, включая память, мышление, ориентацию, понимание, принятие решений, речь, способность к обучению и

способность рассуждать. Когнитивные повреждения сопутствуют изменению контроля над эмоциями, социального поведения или мотивации.

У больных деменцией наблюдается нарушение способности запоминания, краткой и долгосрочной памяти с возрастающей неспособностью усваивать новую информацию и воспроизводить ранее известную. Снижаются интеллектуальные способности, абстрактное мышление, концентрация внимания, прием и переработка информации. Как следствие нарушения памяти и мышления – это ухудшение временной, пространственной, личностной и ситуативной ориентации.

Типичные признаки процесса старения.

Теории старения:

- Психосоциальная теория старения. Дефицитарные модели старения.

Шкала Векслера

- Качественные модели протекания старости – теория Эрика Эриксона по достижению независимости личности; теория задач развития - телесное созревание, физиологические и биологические данные; нормы культуры и ожидания общества; индивидуальные ожидания и представления о ценностях. Развитие – процесс, длящийся всю жизнь

- Теория успешного старения - внутреннее состояние удовлетворенности и счастья - как индикатор успешного приспособления к процессам старения

- Теория роста – развитие человека заканчивается фазой душевной зрелости, которая иногда противостоит физическому распаду, возможности пережить новые реализации. Маслоу – человек в своем личностном развитии управляется «мотивацией роста», которая ведет к психическому здоровью.

- Когнитивные теории определяющим является не внешнее раздражение или объективное качество ситуации, а ее субъективное восприятие, интерпретация или репрезентация размеров и форм реакции на эту ситуацию

- Культурно-антропологические теории старения

«Возраст» - понятие относительное, в зависимости от предполагаемой средней продолжительности жизни населения. По определению ВОЗ старым сегодня считается тот, кто прожил 65 лет, пожилым – 70, люди преклонного возраста – старше 85 лет. Эти возрастные распределения надо рассматривать индивидуально – тк в молодом возрасте люди могут стариться, а люди в преклонном возрасте могут оставаться молодыми.

Люди преклонного возраста, помимо надежды на здоровье, и в глубокой старости желают оставаться самостоятельными – жить без посторонней помощи.

Верного объяснения, почему человек стариться, те его каждая отдельная клетка – до сегодняшнего дня нет. Различные теории говорят о повреждении процесса передачи наследственной информации при делении клеток из-за

износа или длительного влияния вредных веществ. Биологически максимальной продолжительностью жизни у человека предполагается возраст 125 лет. Деление клеток в человеческом организме регулярный процесс, поэтому старение не может препятствовать себе, нет и медикаментов против старения. На скорость старения могут влиять наследственные и внешние факторы. Возможность влияния здорового образа жизни, физическая и умственная активность, рациональное питание.

Процессы старения в человеческом теле ведут к изменениям практически во всех органах, которые теряют в весе или переживают перестроечные процессы в тканях. Эти изменения не означают болезнь или потерю функции, тк почти все органы имеют резерв безопасности в клетках. Старение – это не болезнь, старый человек сам имеет право определять – болен он или нет. Проблемы, связанные с болезнью появляются у пожилых людей тогда, когда болезнь ведет к серьезному нарушению или угрожает ограничением.

Социотерапевтические вмешательства при слабоумии будут зависеть от физического и психического состояния пациента. Общая схема:

- Уход
- Медикаментозная терапия
- Физиолечение, ЛФК
- Тренировка ориентации, ежедневная активность.

Условно всех пациентов можно подразделить на группы:

• Пациенты, которые в состоянии выполнять ежедневную работу самостоятельно

• Пациенты, которые выполняют определенные виды повседневной работы, нуждаются в поддержке, но не требуют ухода

• Пациенты, у которых большая потребность в уходе

Тренировка осознания реальности и ориентации.

Дезориентация возможна относительно:

- Места
- Времени
- Ситуации
- Собственной личности

Люди пожилого возраста, в организме которых произошли психические и физиологические изменения, попадая в др. среду, чувствуют неуверенно и теряют ориентацию. Пожилые люди, находясь в лечебном учреждении или других местах, оторванных от привычных условий, чувствуют себя оторванными от привычных условий.

Поэтому необходима интенсивная реабилитация и обучение восприятию объективной реальности и ориентации в окружающем Мире – дополнение к оказанию самопомощи. При этом основное воздействие направлено на

здоровые части тела или органы посредством:

- Создания теплой благоприятной обстановки
- Улучшения зрения при помощи оптики
- Идентификации личных предметов
- Стереотипных указаний
- Поощрением за правильное поведение

Результат - отсутствие внутреннего беспокойства и моторной суетливости и появление доверия к обстановке.

Советы для лиц, осуществляющих уход и родственников.

ОБЩЕНИЕ:

- Не становиться немым вместе с пациентом
- Пользоваться «утренним просветлением»
- Использовать «переводчика»
- Говорить открыто
- Использовать в беседе «язык тела»
- Выражаться только позитивно
- Демонстрация себя, успокаивать голосом
- Использовать вспомогательные коммуникативные средства
- Поддерживать беседу, побуждать говорить, но не утомлять
- Использовать музыку, песни
- Облегчить чтение
- Не демонстрировать разочарование
- Тактично возвращать к реальности

АППЕЛЯЦИЯ К ЗДОРОВЫМ СТОРОНАМ:

- Восприятие сильных сторон, дать возможность выбора
- Реализация связи с жизненным опытом,
- Дать максимум самостоятельности
- Использование медикаментозного эффекта
- Празднование успеха

ОРГАНИЗАЦИЯ БЫТА:

- Ориентация с помощью ритуалов
- Структурированный день – спокойный сон
- Использование привычек для ночного отдыха
- Избегать побочных эффектов от снотворного
- Организация жизненного пространства
- Защита светлой одеждой

УЛУЧШЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ПАЦИЕНТУ:

- Принятие пациента таким, каким он есть
- Не лишать «опоры» и уважения
- Проявлять гибкость

МОТИВАЦИЯ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ СЛАБОУМИЕМ.

Слово терапия по отношению к больным слабоумием – неоднозначно, т.к. нет медикаментов, способных предотвратить развитие болезни и остановить процесс распада личности.

Терапию для больных слабоумием можно сравнить с симптоматической или паллиативной терапией при раке. Это означает сглаживание проявлений болезни, независимо от причин их возникновения. При слабоумии можно с помощью медикаментов оказать воздействие на различные симптомы. Реабилитация \по Брокгаузу\ - восстанавливает достоинства человека, а значит мы в своей работе должны попытаться сохранить достоинства людей, оказать им помощь, что бы они могли адаптировать свою жизнь соответственно своему состоянию. Занять больных надо, т.к. они либо будут безвольно сидеть не реагируя на окружение, либо становятся агрессивными со всеми вытекающими из этого последствиями.

ПРИМЕНЕНИЕ терапии.

- Внешний вид пациента – ухоженный, аккуратная прическа, чистая одежда,
- Соблюдение личной гигиены.
- Структурирование дня
- Создание условий жизни и окружения – освещенность – не менее 500 люкс, температура помещения – 21-25 градусов, обстановка - должна давать пищу для впечатлений, предметы мягкие – чтобы они их могли взять в руки или носить.
- Выделение специального кабинета для терапии.
- Наличие сада.
- Использование ритма и музыки

Возраст – не болезнь, не ограничение самостоятельности, возрастные изменения в организме человека могут способствовать появлению болезни.

Тема 11. Эпилепсия. Реабилитационные подходы при эпилепсии.

Понятие о генуинной и симптоматической эпилепсии. Генерализованная и фокальная эпилепсия. Судорожные и бессудорожные пароксизмы. Эпилептический статус. Доврачебная помощь при припадке. Тактика при эпилептическом статусе. Психические эквиваленты (сумеречные расстройства сознания, дисфории). Слабоумие. Учет социальным работником изменений личности больных. Вопросы трудоустройства и реабилитация. Особенности эпилепсии у детей.

Эпилепсия (от греческого слова схватываю, бросаю) является болезнью известной более двух тысячелетий. В древних хрониках упоминается об этой

болезни как священной, с мифологическим объяснением влияния богов на обладающего ею. В античном мире трудно было объяснить? почему человек внезапно падает как подкошенный, почему некоторые больные в религиозном экстатическом состоянии убежденно пророчествуют или ослепленные яростью совершают агрессивные поступки, требующие незаурядной физической силы.

На современном уровне развития науки многие проявления эпилепсии нашли свое материалистическое объяснение.

Основой болезни является готовность мозга реагировать на различные вредности судорожным синдромом. У людей с повышенной **судорожной готовностью мозга** на электроэнцефалограмма мозга (запись биотоков нейронов) отмечаются специфические острые и высоко-амплитудные медленные волны, комплексы пик-волна, гиперсинхронные разряды и др. Подобная судорожная готовность, может наследоваться, а также приобретаться в результате органического поражения головного мозга. Если на электроэнцефалограмме отмечается повышенная судорожная активность всех отделов мозга то, такая эпилепсия называется генерализованной, при наличии только отдельных очагов активности – фокальной. Различия отражаются в клинической картине болезни. Издавна эпилепсию подразделяли на генуинную, эссенциальную, наследственную и приобретенную, симптоматическую. У части больных эпилепсия несомненно носит наследственный характер (случаи болезни у родственников), тип наследования до сих пор обсуждается учеными, у других – появление судорожного синдрома связано с ростом опухоли, интоксикацией, спайками после перенесенных воспалений оболочек мозга и т. д.

Основными признаками эпилепсии считаются **пароксизмы (судорожные и бессудорожные)**, внезапно развивающиеся судороги или психические феномены. Судорожные пароксизмы очень разнообразны, особенно в детском возрасте, когда судорожная готовность наиболее выражена. Вообще, эпилепсия считается детской болезнью – 80 % случаев заболевания возникают в возрасте до 20 лет. Наряду с **большим судорожным генерализованным припадком**, состоящим из тонической (до 30 секунд) и клонической (2,5–3 минуты) фаз, эпилептической комы и послеприпадного периода, отмечается только тонические (с напряжением мышц) приступы или только миоклонические (с подергиванием отдельных мышечных групп), астатические приступы (с резким падением тонуса мышц), кивки, клевки (свойственны младенцам), джексоновские судороги и многие другие разновидности припадков. Заслуживают особого внимания **малые припадки**, когда больной теряет сознание, но не падает, судороги отмечаются лишь в отдельных мышцах и **абсансы**, при которых сознание теряется на секунды, и которые идут сериями по 10–20 кратковременных отключений сознания с потерей тонуса мышц и

немигающим взглядом. Некоторые больные предчувствуют припадок за несколько часов и даже суток – **предвестники**. Они могут ощущать недомогание, головную боль, расстройства желудка и др. Знание предвестников позволяет больному предупреждать тяжелые последствия внезапного падения (остаются в постели, не купаются, не поднимаются на высоту и т.д.). У 40 % больных началу судорожного приступа непосредственно предшествует **аура** – состояние, которое специфично для каждого больного и стереотипно повторяется перед каждым приступом. Эти состояния могут выражаться: неприятными ощущениями под ложечкой, тошнотой – висцеро-вегетативная аура, миганием век, перебиранием пальцев – моторная аура, появлением звуков, запахов, зрительных образов – сенсорная аура, целыми галлюцинаторными картинками, эмоциональными расстройствами (экстаз, ужас) – психическая аура и др. По ауре можно судить о локализации очагов эпилептической активности в мозге. Аура является началом припадка и предупредить падение уже не возможно.

Социальному работнику необходимо уметь оказать доврачебную помощь при большом эпилептическом припадке. В связи с тем, что у больного нарушается дыхание, требуется развязать галстук, расстегнуть ворот рубашки, ремень. Для предотвращения закупорки дыхательных путей слюной, обрывками оболочки рта слизистой и кровью после прикусов зубами, голову поворачивают набок. Под голову для профилактики черепно-мозговой травмы подкладывают мягкие материалы (шапку, портфель и др.). Не надо пытаться сдерживать судорожные движения конечностей. Судорожный приступ кратковременен (3–5 мин.) после чего больной постепенно, через оглушение, приходит в сознание и не нуждается в дальнейшей помощи. Другое дело, если у не пришедшего в сознание больного начинается повторный судорожный припадок, а затем следующий, т. е. **эпилептический статус**. Эпилептический статус опасное для жизни состояние с нарушением, вследствие затяжной комы, функций дыхания и сердечной деятельности. В таких случаях социальный работник должен вызвать реанимационную бригаду скорой помощи.

Судорожные приступы, при всей их значимости для диагностики эпилепсии, не являются ее единственными симптомами. Выделяют психические эквиваленты (заменители) судорожных припадков, которые как и припадки начинаются и кончаются внезапно, без видимых причин. К психическим эквивалентам (бессудорожным пароксизмам) относятся **дисфории** – состояния тоскливо-злобного настроения, длящиеся часами, днями, неделями и **сумеречные расстройства сознания** (неупорядоченные и упорядоченные).

Неупорядоченные сумеречные расстройства сознания возникают внезапно среди, полного здоровья и характеризуются полной дезориентировкой, неприятными галлюцинациями (огонь, кровь, крики о помощи, взрывы, запахи

нечистот и др.), отрывочными бредовыми идеями, страхом, агрессией, злобой и психомоторным возбуждением (больной бежит, сметая все на своем пути). Через минуты, десятки минут сознание проясняется, но больной ничего не помнит. В таком состоянии больные социально опасны, могут убить и травмировать окружающих. Упорядоченные сумеречные расстройства сознания представлены **амбулаторными автоматизмами**. Больной, находящийся в сумеречном расстройстве сознания выглядит внешне упорядоченным в поведении, совершает сложные действия – покупает билет и куда-то едет, а при прояснении сознания не понимает как он оказался в данном месте (**транс**), среди ночи встает, одевается, открывает двери, выходит, возвращается и ложится спать утром ничего не помня – **соманабулизм**, (лунатизм).

Для больных эпилепсией достаточно специфичны изменения личности (**психопатизация**). Традиционно отмечают полярность эмоций таких больных: с одной стороны лстивость, угодливость, употребление уменьшительно-ласкательных слов; с другой – злопамятность, мстительность и жестокость; с одной стороны вязкость, обстоятельность, ригидность, с другой – взрывчатость, гневливость. Эти особенности личности больных эпилепсией должны учитываться социальным работникам при работе с ними. Среди негативных черт характера больных эпилепсией есть и социально положительные, которые важны при выборе профессии и трудоустройстве. Больной эпилепсией будет успешен в тех видах трудовой деятельности, где не надо спешить и требуется тщательная, скрупулезная работа (часовщик, резчик, вязальщица и др.)

К сожалению, у некоторых больных, при неблагоприятном течении заболевания наступает слабоумие, носящее специфический концентрический характер, остаются только интересы, направленные на еду, сон. Такие больные нуждаются только в уходе или оформлении в дом-интернат.

Тема 12. Аффективные расстройства. Реабилитация при депрессии и парасуициде.

Аффективные расстройства. Биполярное аффективное расстройство. Психические и соматические нарушения при маниакальных и депрессивных фазах. Особенности ухода и надзора при депрессии. Суицид. Тактика социального работника при суицидальных мыслях и действиях. Реабилитационный аспект депрессии и парасуицида.

Эмоциональные расстройства являются широко распространенным явлением. Причины их многообразны. Внешние психотравмирующие факторы (неудачи, ссоры, унижения, оскорбления, неудовлетворенность, потери и др.) могут вызвать невротические и даже психотические расстройства настроения. Внутренние болезни почти всегда затрагивают эмоциональную сферу. Инфекции, интоксикации, травмы часто сочетаются с аффективными

нарушениями. Колебания гормонального фона (возрастные, физиологические, сезонные) отражаются на настроении. Степень эмоциональных расстройств располагается в широком диапазоне – от незначительных, мимолетных, не оставляющих следа, до глубоких, длительных, социально-дезадаптирующих человека и порой приводящих к смерти.

Среди всего многообразия эмоциональных нарушений особое место занимает **маниакально-депрессивный психоз** (в 10 МКБ – **аффективные расстройства настроения**), клиническая картина которого исчерпывается состояниями депрессии и мании, носящими функциональный характер, т.е. пониманию их не отмечается последствий для психики перенесших болезнь. Возраст заболевания чаще 30–40 лет. Распространенность до 1 % преобладают женщины. Отмечается наследственная отягощенность по аффективной патологии. Биологической основой болезни является нарушение обмена нейротрансмиттеров мозга (серотонина, норадреналина, дофамина и др.)

Заболевание протекает депрессивными и / или маниакальными фазами (эпизодами) различной длительности со светлыми "промежутками" (месяцы, годы) полного психического здоровья. Только депрессивные расстройства наблюдаются приблизительно в 70 % случаев болезни (**рекуррентное депрессивное расстройство**), только маниакальные – в 10 % случаев, в 30 % случаев отмечаются и депрессивные и маниакальные эпизоды (**биполярное аффективное расстройство**).

Легкие эпизоды расстройства настроения со снижением активности, продуктивности мышления (субдепрессия) или необъяснимый подъем, успешность в творчестве, повышенная самооценка (гипомания) не мешающие социальной адаптации называются **циклотимией**.

Типичный **маниакальный эпизод** представлен классической триадой: 1) патологически повышенное настроение; 2) ускоренный мыслительный процесс; 3) повышенная двигательная активность.

Патологически повышенное настроение характеризуется необоснованной радостью, приподнятостью, безоблачным весельем, которое не могут омрачить даже самые неприятные события. В мышлении отмечаются беглость ассоциаций, повышенная говорливость, точность сравнений, легкость запоминания и воспоминания, отвлекаемость, переоценка своих возможностей, вплоть до бредовых идей величия, снижение критики к своим высказываниям и поступкам. Двигательная активность распространяется на все попадающее в поле зрения больного – легкомысленно берется за все дела, не заканчивая их и переключаясь на другие, легко устанавливает поверхностные контакты, безрассудно дает неосуществимые обещания, растормаживаются инстинкты (мало спит, много ест, вступает в неразборчивые половые связи и т. д.). Своей бестолковой активностью и снижением морально-этического контроля за своим

поведением такой больной создает неудобства в семье и на работе, нарушает общественный порядок и социальные нормы. При выраженном маниакальном состоянии он нуждается в госпитализации в психиатрическую больницу.

Депрессивная фаза (эпизод) характеризуется противоположный маниакальной фазе триадой: 1) пониженным, тоскливым настроением; 2) замедленным мыслительным процессом; 3) заторможенностью моторики. Степень депрессивного настроения может быть различной – от вялости, легкой грусти до тяжелой меланхолии с безысходностью. Мышление заторможено, бедно ассоциациями. Ответы даже на простые вопросы после длительной паузы. Возникает ощущение собственной несостоятельности, ущербности, порой перерастающее в бредовые идеи самообвинения, самоунижения. Вся личная жизнь (прошрое, настоящее и будущее) подвергается отрицательной самооценке ("была плохая дочь, плохая жена, плохой работник, несостоятельная мать, уволят с работы, бросит муж, дети сдадут в дом – инвалидов"). Могут отмечаться явления деперсонализации в виде скорбного бесчувствия ("не радуют цветы, весна, музыка, потеряла все чувства"), дереализации – "все воспринимается в черном цвете". Достаточно специфичны – "камень на сердце", "тяжесть на душе", представляющие собой сенестопатические ощущения в области сердца. Двигательно больной заторможен, сидит в однообразной согбенной позе или лежит отвернувшейся к стене, уставившись в одну точку. Вообще, внешний вид депрессивного больного характерен: постаревший, с тусклым взглядом, скорбным выражением лица. Депрессия всегда сопровождается соматическими симптомами, которые могут быть объективными индикаторами состояния: снижение аппетита (падение веса), запоры, учащение сердцебиений (тахикардия); расширение зрачков, сухость во рту, прекращение менструаций, снижение либидо, нарушение сна (ранние просыпания с мрачными мыслями). Для депрессии характерны суточные и сезонные колебания настроения (состояние хуже в первой половине дня, обострения чаще встречаются весной и осенью). Самой большой опасностью депрессивных состояний является суицид (самоубийство).

Социальный работник должен владеть навыками выявления психических, соматических и поведенческих признаков депрессии. Депрессивный больной – страдающий человек, с пониженной самооценкой и пессимистическими взглядами на дальнейшую жизнь и свое выздоровление. Постоянная эмоциональная поддержка социальным работником такого больного, вселение веры в благоприятный исход заболевания являются необходимыми, позволяют расстаться с суицидальными мыслями. Суицидальные мысли депрессивных больных не должны игнорироваться социальным работником, у 1/4 из них они реализуется в суицидальные попытки. При наличии стойких суицидальных мыслей у больного социальный работник обязан сообщить об этом в

психоневрологический диспансер, а при суицидальной попытке – вызвать бригаду скорой психиатрической помощи. Если больной получает лечение психотропными препаратами необходим контроль за их приемом для предупреждения их накопления с суицидальной целью.

Тема 13. Шизофрения. Принципы реабилитации.

Определение понятия и современного состояния вопроса о сущности шизофрении. Особое значение шизофрении в клинике психических расстройств. Понятие об основных и факультативных симптомах шизофрении. Острое, подострое и постепенное начало заболевания. Основные клинические формы шизофрении. Особенности шизофрении у детей.

Диагностические критерии шизофрении. Типы течения шизофрении. Ближайший и отдаленный прогноз при различных типах течения и формах шизофрении. Понятие о шизофреническом дефекте и исходе. Типы дефекта и их значение для проведения реабилитационных мероприятий. Значение семьи в реабилитации пациентов с шизофренией.

Шизофрения (от греч. **schizo** – расщепляю, **phren** – душа, ум) – хроническое, психическое заболевание, ведущие к своеобразным изменениям личности и нарушающее приспособление больного к социальной среде. Несмотря на то, что распространенность шизофрении составляет всего около 1 % населения, это заболевание занимает особое место в психиатрии и в обществе. Не менее 50 % стационарных больных в психиатрических больницах болеют этой болезнью. Заболевают в основном молодые люди от 16 до 30 лет. Болезнь прерывает социальное развитие личности только начинающей свой трудовой и семейный путь. Во многих случаях шизофрения ведет к инвалидности с соответствующим пенсионным обеспечением, государственными дотациями на лечение и уход. Поведение некоторых больных шизофренией, в силу болезни, асоциально, что создает напряжение в семьях, на производстве, в общежитии и вызывает, в случаях криминальных действиях, широкий общественный резонанс.

Психические расстройства, ныне признанные шизофренией, впервые были выделены в отдельную нозологическую единицу выдающимся немецким психиатром Э. Крепелиным в 1896 году и названы ранним слабоумием т. к., у наблюдаемых им стационарных больных неуклонно нарастали явления деменции. Однако позднее оказалось, что выводы Э. Крепелина о неизбежном и быстром наступлении при шизофрении слабоумия относятся только к самым злокачественным формам болезни. Выяснилось, что в популяции встречается очень много лиц, у которых заболевание протекает благоприятно, без госпитализации в больницу и приемлемым социальным приспособлением.

Поэтому прижилось название шизофрения, предложенное выдающимся швейцарским психиатром Э. Блейлером (1911), которое отражает суть этого психического заболевания – расщепление, раздвоение психических функций, диссоциацию во взаимоотношениях личности и окружающего мира. Шизофрения – человеческая болезнь, потому что при ней расстраивается присущая только человеку функция мышления. Заболевание, в отличие от органических (с повреждением головного мозга) расстройств, носит функциональный характер, т.е. даже на далеко зашедших этапах болезни не формируется психоорганический синдром, а деменция при шизофрении носит характер снижения энергетического потенциала личности, а не формальных нарушений интеллекта.

В этиологии шизофрении несомненно участие **генетических факторов** – в семьях больных отмечается накопление случаев заболевания, причем, чем ближе родство, тем выше риск развития болезни. Так, если риск возникновения шизофрении в популяции составляет около 1 %, то для детей, родители которых больны шизофренией – от 12 до 40 %, для братьев и сестер – до 15–17 %, для однояйцевых близнецов до 67–86 %. Как видим, наследственность при шизофрении не фатальна, кроме вклада в болезнь генетических факторов предрасположения, составляющих до 70 %, имеют значение и разрешающие факторы среды (роды, инфекции, интоксикации, травмы, эмоциональные потрясения и т. д.). Нет половых различий при этом заболевании, известно только, что у мужчин болезнь возникает раньше и протекает более злокачественно, у женщин – более благоприятно.

Выделяют **основные симптомы шизофрении**, составляющие ее суть. Это такие расстройства мышления как: разорванность, резонерство, паралогичность, символичность, аутизм, ментизм, шперрунги, амбивалентность, психические автоматизмы и др. Достаточно специфичны расстройства эмоционально-волевой сферы в виде апатии, абулии, кататонических нарушений, явлений деперсонализации. К факультативным, дополнительным симптомам относятся: галлюцинации, бред, аффективные нарушения.

Начало шизофрении может быть острым, с бурными эмоциональными проявлениями: галлюцинациями, бредом, онейроидом, катотонией, продолжающимися не более 3 месяцев, (острые и транзиторные психические расстройства по МКБ-10), у 10 % больных возможен спонтанный выход из болезни с длительной ремиссией. У других больных начало заболевания может носить подострый характер с появлением основных симптомов шизофрении. Возможно также постепенное, на протяжении длительного времени, "вползание" в болезнь, не отличимое на первых порах от расстройств личности (неврозоподобных, психопатоподобных), но в дальнейшем, не вызывающее

сомнений в нозологической диагностике из-за появления специфических для шизофрении нарушений.

Со времени Э. Креплина традиционно выделяют: 1) **простую форму** с эмоционально-волевым угасанием, без продуктивных психопатологических расстройств; 2) **гебефреническую** – с дурашливостью, гримасничанием, асоциальным поведением; 3) **кататоническую** – с кататоническим синдромом, 4) **параноидную** – основой которой являются бредовые идеи.

Шизофрения, хотя и является болезнью молодого возраста, может возникнуть в детстве и в пожилом возрасте. В **детском возрасте** патологический процесс останавливает развитие ребенка. В клинике детской шизофрении отмечаются аутизм и явления регресса, в частности регресс речи, навыков, поведения (манежный бег, игры с неигровыми предметами, боязнь нового и др.) В качестве эквивалентов бреда присутствуют сверхценные страхи, бредоподобные фантазии. В **подростковом возрасте** характерны синдромы: дисморфобии, анорексии, "философической интоксикации", психопатоподобный (гебоидный) и др. Больным шизофренией, возникшей в **позднем возрасте**, свойственны ограниченный объем психических расстройств, простые и конкретные галлюцинации и бредовые идеи (ущерба, преследования), депрессивные и ипохондрические состояния.

Согласно МКБ – 10, для диагностики шизофрении должен отмечаться на протяжении 6 месяцев хотя бы, один из следующих признаков:

- 1) "эхо мыслей" (звучание собственных мыслей), вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей;
- 2) бред воздействия, психические автоматизмы (моторный, сенсорный, идеаторный), бредовое восприятие;
- 3) слуховые комментирующие истинные и псевдо-галлюцинации, соматические галлюцинации;
- 4) бредовые идеи, которые культурально неадекватны, нелепы и грандиозны по содержанию.

Или хотя бы два из следующих признаков:

- 1) хронические (более месяца) галлюцинации с бредом, но без выраженного аффекта;
- 2) неологизмы, шперрунги, разорванность речи;
- 3) кататоническое поведение;
- 4) негативные симптомы, в том числе апатия, абулия, обеднение речи, эмоциональная неадекватность в том числе холодность;
- 5) качественные изменения поведения с утратой интересов, нецеленаправленностью, аутизмом.

Течение шизофрении бывает: непрерывно-прогредиентным; приступообразно-прогредиентным (В МКБ-10 – эпизодическим с нарастающим

дефектом и эпизодическим со стабильным дефектом); периодическим (в МКБ-10 эпизодическим ремиттирующим), с хорошими длительными ремиссиями и минимальными проявлениями дефекта. Прогностически наиболее неблагоприятны формы шизофрении с непрерывным течением (простая, гебефреническая, кататоническая), затем – с приступообразно-прогредиентным течением (параноидная форма). При непрерывном течении болезни ремиссий нет или они некачественные, отмечаются остаточные признаки заболевания (нарушения поведения, аффекта, инкапсулированный бред, неврозоподобная симптоматика и др.), а также признаки дефекта. **Психический дефект** – это последствия перенесенного приступа шизофрении, своеобразное изменение личности с потерей внутреннего единства, снижением психической живости, активности и социальной коммуникации (соответствует резидуальной шизофрении по МКБ-10).

Это необратимая "отметина", негативная симптоматика оставленная шизофреническим процессом. На фоне дефекта могут возникать очередные обострения болезни, усугубляющие его выраженность. Дефект может определять сущность конечных (исходных) состояний как резидуальных (остаточных) явлений завершившегося заболевания. Выделяют следующие типы дефекта: астенический; лабильности волевого усилия и дезорганизации целенаправленной деятельности; апато-абулический; параноидный; монотонной активности и ригидности аффекта; психопатоподобный; псевдоорганический; аутистический; ипохондрический; смешанный (комбинированный), включающий различную психопатологическую симптоматику, а среди конечных состояний – простое, галлюцинаторное и параноидное слабоумие, слабоумие с переобладанием шизофазии, дурашливо-банальное и негативистическое. При астеническом типе дефекта стойко снижен психический тонус, появляются несвойственные ранее астенические черты личности (неуверенность в своих силах, повышенные утомляемость (ранимость), при лабильности волевого усилия и дезорганизации волевой деятельности-лабильность и неустойчивость волевого усилия. Апато-абулический тип (основной) проявляется апатией, абулией, акинезией. Параноидный тип представлен паранойяльными изменениями характера в виде недоверчивости, подозрительности, убежденности в своей правоте или резидуальными галлюцинаторными и бредовыми расстройствами с тенденцией к их инкапсуляции. Тип монотонной активности и ригидности аффекта характеризуется эмоциональным притуплением, ригидностью, монотонностью, машинообразностью поведения. Психопатоподобный тип проявляется повышенной возбудимостью, злобной раздражительностью, конфликтностью, склонностью к сутяжному поведению и образованию сверхценных бредовых идей. Псевдоорганический тип напоминает по своим клиническим проявлениям

психоорганический синдром (снижение запоминания, внимания, использование мыслительных штампов и др.) Клиника ипохондрического и аутического типов дефектов вытекает из их названия. Хотя дефект состояния достаточно стабильное, он может быть компенсированным и декомпенсированным в результате действия самых различных эндогенных, экзогенных и психогенных факторов, это может влиять на трудовую деятельность больных. В стадии компенсации дефекта многие больные трудоспособны в обычных производственных условиях, в стадии субкомпенсации рекомендуется труд в облегченных условиях лечебно- производственных мастерских, в стадии декомпенсации какой-либо производственный труд невозможен и больные признаются инвалидами 2 группы.

Социальный работник должен оценить структуру дефекта сохранность прежних знаний, семейных отношений, профессиональных навыков, желание больного работать, возможности компенсации изъянов.

Так, при компенсированном дефекте возможно трудоустройство при сохранении интереса к работе, однако рекомендуется облегчение условий труда с сокращенным рабочим днем, без регламентированных темпов. В стадии субкомпенсации необходимо стимулирование социальных контактов аутичных и апатичных больных, использование сохранившихся "островков" эмоциональности. Астеническое состояние компенсируется при небольших нагрузках и четком чередовании режима труда и отдыха. При компенсированном параноидном дефекте многие больные могут работать на производстве при инкапсуляции не связанных с ним бредовых расстройств (например, бреда ревности, изобретательства). При дефекте по типу монотонной активности эти больные вообще могут, при правильном руководстве, быть незаменимыми, правда лишенными творчества, работниками. (Больным психопатоподобным типом дефекта противопоказана работа, требующая общения с широким кругом людей, вождением транспорта. Наличие псевдоорганического типа дефекта требует трудового приспособления больного с учетом старого профессионального опыта, отсутствия спешки, возможности однотипных операций.

Социальный работник должен проводить реабилитационную работу не только с самим пациентом, но и с окружающими его людьми (родственниками, руководителями производства), чтобы они понимали особенности личности и поведения людей, перенесших заболевание, и с учетом этого строили с ними семейные и производственные отношения, помогающие их приспособлению к труду и быту. В зависимости от глубины и степени компенсации дефекта должны выдвигаться реальные реабилитационные задачи. Одних пациентов нужно поддерживать в их желании трудиться в общем производстве, других – приспособливать к работе на спецучастках, третьих – стимулировать к

посещению лечебно-трудовых мастерских, с четвертыми – проводить реабилитационную работу на дому. Необходимо сформулировать ближайшие и отдаленные цели реабилитации конкретного больного и последовательно идти от решения более простых задач к решению более сложных.

При планировании реабилитационных мероприятий может быть полезна схема предложенная Wing, Morris (1981). Необходимо в первую очередь обратить внимание на следующее:

1. наличие у больного стойкой психопатологической симптоматики как позитивной (бред, галлюцинации), так и негативной (отсутствие побуждений);
2. наличие необычного поведения, особенно социально-неодобряемого (например, нецензурная брань в общественных местах.);
3. степень приспособления больного к ведению повседневной жизни (в состоянии ли он одеваться, умываться и т. д.);
4. владение профессиональными навыками и навыками ведения домашнего хозяйства (например, может ли готовить пищу, делать покупки и т. п.);
5. личные отношения и виды на будущее;
6. социальные обстоятельства, к которым, вероятно, предстоит вернуться больному.

Тема 14. Психогенные психические расстройства. Реабилитация при неврозах.

Понятие о неврозах. Неврастения. Истерия (диссоциативные расстройства), невроз навязчивых состояний (тревожно-фобические расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство). Другие тревожные расстройства. Особенности у детей. Реактивные состояния (посттравматическое стрессовое расстройство). Клинические критерии реактивных психозов (Ясперс). Острые (шоковые) психогенные реакции. Реактивная депрессия, реактивный паранойд. Динамика острых и затяжных форм реактивных психозов. Значение санитарно-просветительных и воспитательных мероприятий в профилактике психогений. Принципы реабилитации.

К этим, широко распространенным в населении нарушениям психики относятся **невротические, связанные со стрессом (реактивные) и соматоформные расстройства**. Все они объединены в одну группу на основании воздействия на психику внешних психотравмирующих факторов, внутриличностных и межличностных конфликтов. Любой человек может заболеть неврозом, психосоматическим заболеванием или реактивным психозом, но в каждом конкретном случае для расстройств психики нужна индивидуальная констелляция патогенных факторов, их силы и длительности,

личностной значимости для пациента, предрасположенности (ранимости), общего состояния (переутомление, эмоциональное перенапряжение) и др.

Под невротизмом принято понимать обратимые, функциональные расстройства, однако клиническая практика показывает, что многие из них склонны к затяжному течению и рецидивированию. Несмотря на это, значимой для диагностики психогенных расстройств остается описанная К. Ясперсом триада: 1) заболевание вызывается психической травмой; 2) значимая для больного психотравмирующая ситуация "звучит" в клинической картине расстройства; 3) после исчезновения психической травмы болезненные симптомы исчезают.

Традиционно в отечественной психиатрии выделялись 3 основных невроза: неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний и группа реактивных психозов (острых, подострых, затяжных). В МКБ – 10 спектр данного вида расстройств значительно шире, в некоторых случаях выделяются в особые рубрики отдельные симптомы нозологических единиц, в других – например, таких как реактивные психозы, обсуждение ограничивается острой реакцией на стресс, посттравматическим стрессовым расстройством и расстройствами адаптации. Старая истерия называется диссоциативным (конверсионным) расстройством, а невроз навязчивых состояний растворяется в обширной рубрике тревожных расстройств.

Неврастения возникает, в результате психического перенапряжения ответственной личности, которая не справляется с объемом свалившейся на нее работы. В данном случае психологический конфликт, вызывающий невротический срыв, состоит в несоответствии предъявляемых средой требований психо-эмоциональным возможностям личности. Клиника неврастении представлена повышенной умственной утомляемостью, истощаемостью, трудностью сосредоточиться и в тоже время раздражительностью, невозможностью расслабиться, болевыми ощущениями, нарушениями сна, эмоциональной лабильностью, ангедонией. Лечение заключается в психотерапевтическом разъяснении причин заболевания, нормализации режима труда и отдыха.

Тревожные расстройства характеризуются напряженным ожиданием неприятностей, поведением повышенной пугливостью, суетливостью и нетерпеливостью, фобическим избегающим поведением, трудностями засыпания, учащением пульса и другими признаками психомоторной и вегетативной активности ("комки в горле", тошнота, сухость во рту, понос, учащенное мочеиспускание, потные ладони, нарушение дыхания, дрожь, приливы жара и холода, слабость, дурнота, головокружение и т. д. Если такое состояние стойкое и длится не менее 6 месяцев, то называется **генерализованное тревожное расстройство**. Если же приступы тревоги с

данной симптоматикой и страхом смерти возникают внезапно и периодически (длительностью до часа), а между приступами больной находится в тревожном ожидании их повторения, то это – **паническое расстройство**. Такое расстройство может возникать с **агорафобией** – страхом попадания в такие места и ситуации, в которых в случае, возникновения приступов паники невозможно или затруднительно было бы спастись бегством или получить помощь (в толпе, в транспорте, в лифте и т. д.). В результате пациенты дезадаптируются и становятся прикованными к дому. Выделяют также **социальные фобии** – страх испытать внимание со стороны окружающих (при выступлении, еде и т. д.) и **специфические, изолированные (простые) фобии** – строго ограниченные определенными ситуациями (страх собак, высоты, темноты, страх заболеть определенными заболеваниями и т. д.)

Обсессивно-компульсивное расстройство отличается наличием **обсессий** – навязчивых мыслей, образов, опасений, сомнений и **компульсий** – стереотипных поступков, носящих характер защитных ритуалов (проверки, раскладывание вещей в определенном порядке, прикосание, произнесение "магических" слов и т.д.). Обсессии и компульсии переживаются как чужеродные, тягостные, абсурдные, пациент страдает от них и сопротивляется им. Обсессии и компульсии могут значительно замедлять жизнедеятельность больных.

Все тревожно-фобические расстройства возникают у тревожно-мнительных, а иногда и педантичных личностей. Вначале страх возникает при наличии патогенной ситуации, затем при воспоминании о ней и, наконец, заполняет все мышление, превращаясь в навязчивость.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства, ранее попадавшие под название истерического невроза, возникают в результате психических травм, ущемляющих самопризнание у демонстративных, эгоцентрических личностей и носят характер вторичной выгоды. Клиника диссоциативных расстройств чрезвычайно многообразна и может напоминать симптомы многих заболеваний. Выделяют: **диссоциативную амнезию** (вытесняются из памяти неприятные переживания), **диссоциативную фугу** (передвижения в состоянии суженного сознания), **диссоциативный ступор** (заторможенность и онемение), **диссоциативные расстройства моторики** (парезы, параличи, атаксия, астазия-абазия и др.), **диссоциативные судороги**, напоминающие эпилептический припадок, **диссоциативную анестезию и утрату чувственного восприятия** (потерю чувствительности, слепоту, глухоту и т. д.), а также и другие расстройства, связанные с психологическим конфликтом между желаниями больного и требованиями окружающих.

В результате неразрешенных психологических травм достаточно часто возникают **соматоформные расстройства** в виде жалоб на постоянные боли,

желудочно-кишечные нарушения (отрыжки, рвоты, тошноту, понос), зуд кожи, нарушения дыхания (отдышка, кашель) сердечную деятельность (сердцебиения), которые не находят объективного подтверждения при тщательном медицинском исследовании.

Ипохондрическое расстройство (ипохондрический невроз, не психотическая ипохондрия) – длительное (не менее 6 месяцев) состояние с убежденностью больного в наличии у него серьезного заболевания, основанная на интерпретации нормальных ощущений как болезненных. Ипохондрики вновь и вновь возвращаются к мыслям об имеющейся у них патологии, несмотря на разуберения врачей и отрицательные данные многократных лабораторных и инструментальных обследований.

Неврозы у детей имеют свои особенности. Наряду с общими невротическими расстройствами, у детей представлены возникшие после психотравмы функциональные состояния энуреза, энкопреза, заикания, мутизма, тиков, писчего спазма и др.

В связи со значительными жизненными изменениями или стрессовыми событиями в течение месяца после них могут наступить расстройства адаптации к социальной среде длительностью до полугода и более в виде депрессивных и тревожных реакций, а также агрессивного и диссоциального расстройства поведения.

Острая реакция на стресс (острые реактивные психозы) возникают в результате сильных потрясений при природных катастрофах (землетрясения, наводнения, пожар и др.) и шоковых реакциях после потери близких, военных страданий, изнасилования и других выходящих за рамки обычных событий. Они кратковременны (часы, дни) и проявляются сужением сознания с неупорядоченной двигательной активностью (фугиформные реакции) или ступором. Обычно острые реакции на стресс проходят без следа, но у части перенесших сверхсильные эмоциональные воздействия наблюдается **посттравматическое стрессовое расстройство** как отставленная на годы или затяжная реакция на стрессовое событие. Типичными симптомами расстройства являются: повторное переживание психотравмы в виде навязчивых воспоминаний; кошмарных сновидений; отчуждение от других людей; утрата интереса к жизни; уклонение от ситуаций, напоминающих о трагических событиях; антисоциальное поведение; алкоголизация и прием наркотиков как уход от непереносимой реальности.

В классической психиатрии к затяжным формам реактивных психозов относят реактивный параноид и реактивный галлюциноз в виде бредовых идей и истинных галлюцинаций, ситуационно связанных с психотравмирующим событием. Сюда же причисляют **синдром Ганзера (псевдодеменцию)** и **пуэрилизм (детскость)**, входящие в круг диссоциативных расстройств,

возникающие в ситуации связанной с привлечением к судебной ответственности (психотравма) и характеризующиеся суженным сознанием, мимоговорением, мимодействием, шепелявостью, детским коверканием слов, детскими играми и поведением лишь внешне напоминающим поведение глубоко интеллектуально сниженного человека.

Так как причинами психогенных расстройств являются психотравмирующие факторы, а также неправильные взгляды на их сущность и соответственно неадекватное реагирование лиц страдающих пограничной психической патологией, то основным в профилактике невротических расстройств является научение осознанию психотравматичности тех или иных событий и путям (способам) их рационального преодоления. А это соответствует задачам воспитания гармоничной личности и применению, при необходимости, когнитивно-бихевиоральной психотерапии.

Тема 15. Расстройства личности (психопатии). Подходы к реабилитации.

Определение. Критерии П.Б. Ганнушкина, О.В. Кербикова. «Ядерные» и «краевые» психопатии. Патохарактерологическое формирование личности. Акцентуации характера, их значение. Типы психопатий. Динамика психопатий. Психопатоподобные состояния. Вопросы реабилитации и социальной реадaptации как один из основных методов компенсации психопатий.

Личность – образование социальное. Развитие и становление личности происходит в совместном общении с другими людьми, которые воздействуют на индивида, воспитывают у него те или иные социальные качества. Не менее важно самосознание индивида – система представлений о себе, обнаруживающаяся в самооценках, чувстве самоуважения, самоактуализации уровне притязаний и т.д. Соотношение "Я" с реальностью позволяет личности осуществлять самовоспитание. Стать личностью означает: 1) занять определенную жизненную (нравственную) позицию; 2) нести за нее ответственность; 3) утверждать ее своими поступками. Далеко не все люди являются личностями, для этого необходим определенный уровень психического развития (олигофрен не может быть личностью). У некоторых, вполне нормальных с точки зрения обывателя, людей в силу биологических или социальных причин даже в зрелом возрасте не формируются выше приведенные социальные качества, и такой человек остается психическим незрелым – инфантильным, что ведет к дисгармонии характера, является основой становления аномалий личности (психопатий). Вообще, идеалом является гармоничная личность, обладающая ответственностью за собственную судьбу и совершенные поступки, самостоятельностью, автономностью и гибкостью в принятии решений, самоуважающая себя, легко адаптирующаяся,

реально оценивающая ситуацию, руководствующаяся в своем поведении нравственными законами.

Психопатия – дисгармония личности в основном в эмоционально-волевой сфере, "кривой", аномальный характер, мешающий человеку жить. Видный немецкий психиатр К. Шнайдер говорил: " психопат – это субъект, которой в силу своего характера страдает сам и заставляет страдать других".

Интеллект при расстройствах личности может быть различным от степеней граничащих с пограничной умственной отсталостью до высокого. Но даже высокий интеллект часто не спасает его обладателя от неблагоприятных последствий разбушевавшихся, неконтролируемых эмоций. Согласно критериям П.Б. Ганушкина – О.В. Кербикова, психопата отличает: стабильность психопатических черт на протяжении всей жизни; тотальность (пронизанность всего строя личности аномальными чертами) и нарушение социальной адаптации. Вся жизнь психопатической личности – это цепь социальных взлетов и падений, многочисленных смен мест работы, семей, асоциального и криминального поведения.

Выделяют: наследственные "ядерные" психопатии, краевые – возникающие в результате негативных социальных воздействий (неправильного воспитания) и органические как результат действия вредных экзогенных факторов на развивающийся мозг во внутриутробном и раннем периоде развития (минимальная мозговая дисфункция).

В процессе жизни поведение психопатической личности под воздействием различных неблагоприятных факторов биологических (гормональные колебания, переутомление, болезни и др.) и социальных (неприятности на работе, в семье, смена обстановки и т. д.) может декомпенсироваться с ярким обнажением присущих ей аномальных черт характера, а при благоприятном стечении обстоятельств – компенсироваться и быть вполне адаптивным.

В МКБ-10 представлены следующие типы расстройств личности: параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально-неустойчивое, истерическое, ананкастное, тревожное (уклоняющееся), зависимое.

Параноидное (паранойальное) расстройство личности характеризуется склонностью к образованию сверхценных идей ревности, подозрительности, чрезмерной чувствительностью к мнимому ущемлению своей повышенной значимости, постоянной готовностью к борьбе с "преследователями" (сутяжное поведение), ригидностью установок (фанатизм).

Шизоидное расстройство личности представлено отгороженностью от окружающих (аутизмом), своеобразием эмоциональности ("дерево и стекло"), склонностью к занятиям абстрактными, оторванными от жизни проблемами, неспособностью иметь друзей, чужаковатостью в поведении. Подобные лица

декомпенсируются в ситуациях, где от них требуется большой объем общения и быстрое принятие решений.

Диссоциальное расстройство личности проявляется в неприятии социальных и моральных норм, равнодушии к чувствам других, крайней возбудимостью при противодействии выполнению их желаний, склонностью к алкогольным эксцессам, неразборчивым связям, жестокости и насилию. Для периода декомпенсации характерна безудержность поведения, враждебность и агрессивность, нескритичность к своим поступкам.

Эмоционально-неустойчивое расстройство личности бывает с преобладанием импульсивности, с недоучетом последствий таких действий и непредсказуемыми колебаниями настроения от радости до отчаяния с суицидальными угрозами и аутодеструктивными действиями.

Истерическое расстройство личности характеризуется эгоцентризмом, демонстративностью, театральной эмоциональностью, стремлением всегда находиться в центре внимания и получать подкрепления своей завышенной значимости и уникальности со стороны окружающих, склонностью манипулировать ими для удовлетворения своих потребностей.

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности имеет такие специфические качества характера как ригидность, педантичность, склонность во всем следовать заведенному порядку, делать все совершенно, что ведет к тревоге и опасениям сделать ошибку, способствует появлению навязчивых мыслей и ритуалов.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности выделяется застенчивостью, ожиданием неприятностей, боязнью не понравится, ранимостью, приводящими к социальной замкнутости и избеганию ситуаций, в которых может пострадать их достоинство.

Зависимое расстройство личности представлено такими чертами как пассивность, невыносимость нагрузок, неуверенность в своих силах, особенно в ситуациях, где необходимо брать на себя ответственность, беспомощностью перед трудностями, боязнью быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь.

В научной литературе встречаются и другие типы расстройств личности (гипер- и гипотимики, циклоиды, эпилептоиды, эмоционально-тупые, неустойчивые и др.)

Состояния, в которых сочетаются различные проявления расстройств личности без явного превалирования называются полиморфными (мозаичными) психопатиями.

Следует помнить, что личность человека является опосредующим звеном, через которое внешние и внутренние воздействия (в том числе болезни) отражаются в психике человека. Заострение личностных особенностей в результате болезней (черепно-мозговая травма, атеросклероз, эпилепсия,

шизофрения и др.) называется **психопатизацией личности**, в отличие от психопатий, как формирующих с детства расстройств личности.

Наряду с психопатиями – патологическими расстройствами личности, имеющими распространенность в популяции до 5 % , широко представлены среди населения (до 50 %) **акцентуации характера** – крайние варианты нормальных типов характера. Известный немецкий психиатр К. Леонгард выделяет следующие типы акцентуированных личностей:

- **эмотивные** (для них характерна готовность к слезам по незначительному поводу, мягкосердечие, глубина переживаний, тревожность, боязливость);
- **возбудимые** (вспыльчивость, раздражительность, импульсивность, отходчивость);
- **застревающе-возбудимые или эпилептоидные**, (наряду с возбудимостью, расторможенностью инстинктов, бесчувственностью, тяжеловесностью, сосуществование жестокости и слащавости, застреваемость аффектов);
- **дистимические или субдепрессивные** (озабоченность, нерешительность, медлительность, склонность к пессимизму);
- **дистимически-застревающие** (озабоченность в сочетании со скупостью, депрессивностью и подозрительностью);
- **демонстративные или истерические** (склонность к самовосхвалению и лживость с сохранением чувства реальности);
- **демонстративно-застревающие** (самоуверенность, склонность ко лжи, оговором и клевете, патетическое самовосхваление, гипертрофированное самолюбие и обидчивость, лицемерие, дефицит этических чувств, параноические черты);
- **педантичные или ананкастные** (робость, тревожность, мнительность, совестливость и боязливость);
- **застревающие или паранойяльные** (фанатичность, ревность и мстительность, неуступчивость, непоколебимость в своей правоте);
- **тревожные или боязливые** (робость, покорность, пугливость ипохондричность);
- **тревожно-застревающие** (тревожность, чувствительность к обидам, болезненное самолюбие);
- **гипертимические** (легковесность суждений, повышенное настроение, расторможенность инстинктов);
- **гипертимически-демонстративные** (самовосхваление, склонность к обману и мошенничеству на фоне веселого настроения);
- **аффективно- лабильные** (изменчивость настроения без всякого повода, циклотимия);

- **экзальтированные** (легкость возникновения экстатических состояний, страстность);
- **экзальтированно-демонстративные** (сочетание экзальтированности с демонстративностью);
- **интровертированные** (слабость контактов, склонность к раздумьям, а не поступкам);
- **экстравертированные** (направленность на внешний мир, склонность действовать без размышлений, общительность).

Акцентуации не мешают приспосабливаться к обычным жизненным ситуациям, в экстремальных же, особенно затрагивающих акцентуированные черты характера возможно легкое возникновение невротических состояний. Дисгармоничность психопатической личности постоянна, она проявляется в обстоятельствах повседневной жизни, временами то усиливается (декомпенсация), то уменьшается (субкомпенсация, компенсация), причем, аномальная личность на самые разные даже легкие психотравмирующие факторы дает однотипные психопатические реакции, соответствующие типу психопатии. Наиболее прогностически благоприятны для коррекции краевые психопатии (патохарактерологические формирования личности), возникшие в результате неправильного воспитания (гипо- и гиперопеки, воспитания по типу "кумира семьи", "золушки", "ежовых рукавиц", повышенной ответственности др.) Отсюда вытекает возможность направить реакции характерные для этих расстройств личности в русло социально приемлемого, а не асоциального поведения (например, подростка с возбудимым расстройством личности, привлечь к занятиям боксом, борьбой, а обладателя истерических черт характера включить в художественную самодеятельность и т. д.).

Социальный работник должен обладать знаниями для оценки типа расстройств личности, способен помочь родителям детей и подростков в правильном воспитании, профессиональной ориентации и коррекции психопатических черт характера.

Тема 16. Реабилитация психически больных.

Знакомство с основами терапии психически больных. Принципы реабилитации психически больных (партнерства, разносторонности и единства социально-психологических и биологических методов, ступенчатости). Реабилитационные режимы, этапность социо-реабилитационных мероприятий. Реабилитационные центры, лечебно-трудовые мастерские. Трудоустройство психически больных. Использование остаточной трудоспособности. Обучение новой специальности. опека, показания для наложения опеки. Место специалиста по социальной работе в системе реабилитации психически больных. Навыки установления контакта и общения. Создание обстановки для

беседы. Знакомство и начало беседы. Навыки сбора информации: (открытые вопросы, активное слушание, эмпатия, уточнение, прояснение высказываний, использование пауз и молчания, суммирование). Руководство беседой. Вербальное поведение. Невербальное поведение (дистанция, контакт глазами, жесты, позы и т.д.). Навыки передачи информации. Завершение беседы.

Основы диагностического подхода в психосоциальной реабилитации.

Понятие о психиатрическом реабилитационном диагнозе и его принципиальное отличие от традиционного психиатрического диагноза.

Параметры сравнения	Традиционный психиатрический диагноз	Психиатрический реабилитационный диагноз
направленность	Патология и развитие симптоматики во времени	Развитие навыков и внешних ресурсов
цель	Определение диагностического ярлыка для описания патологической симптоматики	Описание навыков и внешних ресурсов
Диагностические процедуры	Знание психиатрии и специальных диагностических техник	Знание психиатрии и специальных диагностических техник, а так же специфические знания и техники

Процесс и технология психиатрической реабилитации.

Процесс психиатрической реабилитации состоит из 3 фаз, предусматриваемых выработку желаемых и необходимых навыков и видов поддержки: диагностической фазы, фазы планирования и фазы вмешательства.

- Диагностическая фаза – оценка сильных и слабых сторон навыков и видов поддержки пользователя со стороны специалиста, совместное составление перечня конкретных навыков с учетом поведенческих

требований окружения. Определение наличия\отсутствия видов поддержки окружения, в котором живет, обучается и работает пользователь.

- Фаза планирования – определение реабилитационной цели и пути развития навыков индивида и ресурсов окружения для достижения этой цели. При составлении плана устанавливают приоритет целей для развития навыков и ресурсов, указывают конкретные вмешательства по достижению каждой цели.

- Фаза вмешательства – выполнение плана реабилитации для выработки у пользователя необходимых навыков и создание ему поддержки со стороны окружения для лучшего функционирования в обществе.

Технология определяет знания и навыки, используемые специалистом для помощи пользователю в реабилитационном процессе.

Основные компоненты технологии психиатрической реабилитации - определенные навыки специалиста и основополагающие знания о том, как эффективнее использовать эти навыки, чтобы помочь пользователям участвовать в психиатрическом реабилитационном процессе **ДИАГНОСТИКИ-ПЛАНИРОВАНИЯ-ВМЕШАТЕЛЬСТВА.**

Для того, чтобы провести пациента через каждую фазу реабилитационного процесса, специалисту надо хорошо знать технологию постановки реабилитационной цели, оценить уровень функционирования, дать оценку ресурсам, реабилитационного планирования, прямого обучения навыкам, программирования навыков, координации ресурсов.

Элементы психиатрического реабилитационного диагноза.

- Конечная цель – определяет конкретное окружение, которое пациент\клиент выбрал для своей жизнедеятельности в течение последующих 6-24 месяцев.

- Функциональная оценка – определение состояния основных навыков пациента, необходимых для достижения поставленной реабилитационной цели.

- Оценка ресурсов – оценка видов поддержки со стороны окружения, необходимых пациенту для достижения конечной цели реабилитации.

Диагностическое интервью в практике психиатрической реабилитации.

- Специалист максимально пытается вовлечь пользователя в процесс интервью (содействие активному участию в формулировании каждой из частей реабилитационного диагноза).
- Информация, полученная в ходе интервью регистрируется так, чтобы максимально облегчить пользователю понимание результатов оценки.

Проблемы и принципы вмешательства. Пользователи психиатрических услуг могут овладевать навыками при эффективном обучении, но важно не только обучить навыкам, но и сохранить результат.

Принципы вмешательства.

1. Использовать естественные элементы подкрепления, существующие в соответствующем реальном окружении, для поощрения адекватных реакций пациента в ситуации его обучения.
2. Предоставлять пользователю вспомогательные услуги в соответствующем реальном окружении.
3. Обучать пользователя использованию навыков избирательного поощрения в соответствующем реальном окружении.
4. Обучать определять внутреннюю мотивацию как замещение внешнего поощрения.
5. Постепенно увеличивать время между действием и поощрением.
6. Обучать пользователя реализации навыков в различных ситуациях.
7. Обучать вариантам применения навыков в одной и той же ситуации.
8. Обучать самооценке и самопоощрению.
9. Обучать правилам или принципам, на которых основаны навыки.
10. Использовать постепенно усложняющиеся домашние задания.
11. Вовлекать пользователя в постановку целей и выбор стратегии вмешательства.

Реабилитационные вмешательства\социотерапия – выработка навыков и создание возможностей, что будет способствовать использованию пользователем своих умений и принятию помощи от окружения.

Прямое обучение навыкам – при их отсутствии - включает систему обучающих действий, которые дают возможность пользователю

использовать новые формы поведения в результате чего и приобретаются необходимые навыки.

Программирование – процесс постепенной подготовки пользователя к тому, чтобы задействовать имеющиеся навыки должным образом и так часто, насколько возникает необходимость.

Отдельные формы психосоциальной работы в психиатрической реабилитации.

Работа с семьей.

Семья является наиболее значимым источником поддержки в достижении успешного социального приспособления и эффективного функционирования больного. Вовлечение семьи в терапевтический и реабилитационный процесс становится ключевым для его результативности.

Семейное вмешательство осуществляется с помощью поведенческой и/или психообразовательной техники. В различных сочетаниях сюда входят:

- Психообразовательные программы,
- Разрешение поведенческих проблем,
- Тренинг социальных и коммуникативных навыков,
- Программы поддержки семей и кризисной помощи.

Семья рассматривается как важнейший ресурс естественной сети социальной поддержки, играющей буферную роль в отношении неблагоприятного влияния внесемейных стрессоров на течение и прогноз психических заболеваний.. эмоциональная атмосфера в семье и семейный коммуникативный стиль – эмоциональная экспрессивность – влияют как на обострение заболевания так и на умение пациента противостоять стрессовым воздействиям, тем самым компенсируя его психобиологическую уязвимость к стрессу. Анализ исследований показал, что:

- Результат более весом, если вмешательство проводилось с отдельными семьями, чем при работе с группами семей,
- Наиболее эффективными в отношении профилактики обострений были программы большей длительности (от 6 мес. и дольше) и с большим числом сессий (10 и более),

Существуют различные программы по психообразованию семей, например:

1. Программа 6-недельной поэтапной кризисно-ориентированной семейной терапии.
2. Психообразовательная программа для больных шизофренией, состоящая из 4 фаз и рассчитанной на 2 года

«Бремя семьи».

Этот термин включает ряд аспектов:

- *Постоянное проживание с близким человеком с продуктивной психосимптоматикой.*
- *Финансовое бремя семьи при наличии неработающего больного.*
- *Состояние постоянного психоэмоционального – тревога, напряжение, чувство вины, депрессия, горе, безисходность, ухудшение физического самочувствия, психосоматические расстройства*

Мультисемейные группы.

Мультисемейные терапевтические группы (МТГ) – это определенный гибрид, выросший из накопленных прогнатических потребностей и обстоятельств и совместивших устоявшиеся традиции групповой и семейной терапии.

Можно отметить 3 основных положения МТГ:

- Группы включают 2 и более семьи с представлением, по крайней мере, 2-х поколений.
- Группы являются проблемно-фокусированными.
- Группы ориентированы на интерактивное ведение, включая интеракции как внутрисемейные так и между семьями.

Группы для пациентов совместно с их родственниками.

Группы поддержки членов семей психически больных создаются для помощи семьям справляться с напряжением и стрессом, связанным с присутствием в семье психически больного. Такого рода группы укрепляют целостность семьи и соответствуют точке зрения на семью как на систему, обеспечивают безопасную структурированную и предсказуемую среду.

Тренинг социальных навыков.(ТСН)

ТСН – один из важнейших элементов психосоциального лечения хронически психически больных, компонент многосторонней программы их реабилитации, которая включает – медикаментозное лечение, ведение случая заболевания, ведение индивидуального случая, кризисное вмешательство, создание клубов само- и взаимопомощи, семейную терапию, трудовую реабилитацию, решение жилищных проблем.

Существует несколько подходов к тренингу соц. Навыков, основанных на 2х моделях:

- Моторная модель,
- Модель проблемно-решающего поведения.

Ряд подходов к тренингу соц.навыков у хронически больных:

- Установление терапевтических отношений
- Определение проблем
- Подчеркивание ценностных качеств
- Постановка целей.
- Позитивное подкрепление

- Придание формы
- Побуждение, внушение определенных действий
- Моделирование
- Домашняя работа и практика в реальных условиях.

Тематика занятий с пациентами:

1. Введение в изучаемую область
2. Просмотр видеоматериалов и их обсуждение в форме вопрос-ответ
3. Ролевые игры
4. Привлечение средств для выполнения поставленных целей
5. Преодоление возникающих препятствий
6. Домашние задания

Социальная (психосоциальная поддержка), социальные сети.

Социальная поддержка (СП) – это форма помощи в преодолении (копинге) в ответ на требования, предъявляемые окружением индивидууму.

Различают 2 вида поддержки:

- «Инструментальная» - осязаемая, материальная.
- Эмоциональная – способствующая самоутверждению.

На практике обычно используются 3 основные характеристики СП, которые положены в основу ее измерения:

1. Тип поддержки, включая ее количество и удовлетворенность ею.
2. Источник поддержки – семья, друзья, организации.
3. Функции поддержки - как эмоционально значимые так и инструментальные.

Формирование поддержки со стороны соц. Сети пациентов –одна из главных задач соц. Работника. Для этого они устанавливают контакты с лицами, составляющими непосредственное окружение пациентов, проводят с ними постоянную долговременную работу.

Социальные сети различаются в зависимости от нозологии: больные с аффективными расстройствами обнаруживали более обширные соц. Сети, чем больные шизофренией, у больных с параноидными расстройствами и нарушениями мышления соц. Сети сужены и они больше отчуждены от семьи и от друзей. Соц. Сети женщин больше, чем соц. Сети у мужчин.

Формы и методы социальной (психосоциальной поддержки).

Формы СП:

1. *Индивидуальная* – когда сам специалист по соц. Работе непосредственно оказывает эмоциональную или инструментальную поддержку пациентам. Эта форма СП является основным содержанием каждодневной д-сти соц.работника и сопровождает весь процесс ПСР как один из важнейших элементов в

преодолении кризисных ситуаций и этапного продвижения на пути к социальной интеграции.

2. *Групповая* – вовлечение пациентов в группы, которые ведет специалист по соц. Работе, психолог или психотерапевт. Преимущества групповой работы:

- приобретение новых навыков взаимодействия с равными себе участниками в защищенной среде, распознавание и измерение способов поведения в ответ на меняющиеся групповые требования и задачи.

- Возможность получить взаимное подкрепление.

- Точная оценка ситуации

- Разнообразие моделей и партнеров для разыгрывания ролей – поведенческого повторения .

- Групповая работа экономит время персонала.

Трудоустройство психически больных.

Трудовое и профессиональное восстановление психически больных занимает центральное место в ПСР. Но, кроме вовлечения в трудовой процесс, не менее важным моментом для психически больного является возвращение в трудовой коллектив, восстановление связей с микросоциальным окружением, изменение положения работающего индивида в обществе.

Для осуществления успешной трудовой реабилитации необходим индивидуальный подход к оценке статуса пациента и тактика вмешательства. Поэтому реабилитационный процесс рассматривается как континиум последовательных действий:

- Оценка трудовых навыков и умений.

- Наличие предпосылок к осуществлению трудовой деятельности.

- Тренинг трудовых навыков.

- Защищенное трудоустройство.

- «переходное трудоустройство».

- Поиск работы.

- Сохранение работы.

Отмечают 2 подхода к поиску работы

–системное консультирование

- программы трудовых клубов.

Метод поддерживаемого трудоустройства возник в США в конце 70-х как антитеза модели профессионально-трудовой реабилитации, сутью которой является тот момент, что пациенты устраивались на работу сразу и обучались профессиональным навыкам инструктором-наставником, который помогал так же осваиваться на рабочем месте и защищал их права. При трудоустройстве особое внимание уделялось индивидуальным предпочтениям пациента и

возможность выбора места работы, а после трудоустройства – внимание на продвижение в профессии.

Трудоустройство лиц с тяжелыми психическими заболеваниями.

При трудоустройстве психически больных инвалидов важно учитывать социально-трудовой маршрут, уровень полученного образования, личностные характеристики – уровень психической активности, индивидуальные ценностно-мотивационные трудовые установки, адекватность самооценки, способность к взаимодействию в совместном труде, умение строить взаимоотношения с членами коллектива и руководителями, медицинские противопоказания.

Трудоустройство лиц с тяжелыми и хроническими психическими расстройствами проблематично, тк их принимают в последнюю очередь и увольняют в первую – это контингент, стоящий за работой в конце очереди.

Поэтому социальный работник – связующее звено между психически больным и работодателем – он собирает информацию о нуждающихся в трудоустройстве больных и передает ее в управление труда и занятости населения, где сотрудники подбирают подходящие рабочие места.

Жилье под защитой.

«Групповые дома» - одна из форм реабилитационных стратегий. Такая форма проживания оказывает положительное воздействие на течение заболевания в отличие от обычной среды, которая может спровоцировать рецидив. В домах такого типа может проживать от 3-х до 20 и более пациентов, как с постоянным контролем так и с контролем 1 раз в неделю.

Борьба со стигмой, связанной с психическими заболеваниями.

«СТИГМА» - в древние и средние века обозначали клеймо раба или преступников, которое подчеркивало их позор. Последнее время это понятие (стигма) стало использоваться в медицине, в частности, в психиатрии.

О стигме говорят, когда хотят подчеркнуть последствия определенного диагноза (психического), а так же характерные особенности, связанные с этими последствиями, которые порождают в обществе предубеждения против психически больных людей.

Первые исследования в области стигмы проведены в 1900 году. Стигма – это обращение к признаку с намерением выставить напоказ что-то плохое о моральном состоянии лица, имеющего этот знак, и, таким образом, базирующиеся на этом его отличие от других членов общества.

Стигматизация в области психиатрии рассматривается в пределах 3 понятий:

- Стигма
- Предубеждения

- **Дискриминация**

Стигма – это обращение к признаку с намерением выставить напоказ что-то плохое о моральном состоянии лица, имеющего этот знак, и, таким образом, базирующиеся на этом его отличие от других членов общества.

Предубеждения – позиция, которая определяет готовность людей действовать позитивным или негативным путем в отношении объекта предвзятости без исследования того, имеются ли какие-нибудь основания для подобного поведения.

Дискриминация – особо негативные последствия стигмы и предубеждения.

Стигматизация психиатрических пациентов проявляется в следующем:

- В отношении общества к лицам, страдающим психическим расстройством.
- В отношении врачей к своим пациентам.
- В самостигматизации самих пациентов.

Каждое из этих положений можно проиллюстрировать примером из повседневной жизни, т.к. стигма, связанная с психическим заболеванием имеет давние корни и традиции. Слова «дурак», «психушка» и т.д. стали давно нарицательными. Подобные обозначения формируются и охотно тиражируются теперь.

СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ широко практикуют такие и иные слова для обозначения психиатрической клиники и психически больных. Подобный стиль – свидетельство низкой культуры и отражает живущие в обществе негативные стереотипы отношения к лицам, страдающим психическим заболеванием.

ОБЛАСТЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА. В России, в ряде законов, пытались вставить медицинские противопоказания психиатрического характера (требование справок об отсутствии психического заболевания при ряде профессий). Это в корне неправильно, т.к. только экспертиза дает заключение о пригодности человека для той или иной профессии.

Вне стен клиники очень сложно отличить по поведению и внешнему виду – болен человек или нет. Современные препараты позволяют пациентам чувствовать себя комфортно.

Отрицательно сказываются на пациентах длительная терапия, проявления болезни, посещение психиатрических служб.

«МЕТКА СТЫДА» сосуществует параллельно не с самими пользователями психиатрических служб, а с теми, кто несправедливо ведет себя в отношении их.

Стигма, связанная с шизофренией имеет свои отягчающие особенности.

Стереотипные представления о больных шизофренией:

1. никто из больных шизофренией не вылечивается.

2. шизофрения является неизлечимым заболеванием.
3. больные шизофренией агрессивны и опасны.
4. они не могут работать.
5. болезнь нарастает в течении жизни.

Так примерно говорят в различных кругах общественности, но и некоторые профессионалы тоже так считают. На сегодня можно сказать, что прогноз шизофрении может быть различным, так как в области терапии психических заболеваний имеются значительные достижения..

По материалам ВПА (1998г) – в обществе, во всех странах мира имеются предпосылки к предвзятому отношению к психически больным.

- Готовность в отношении психически больного к признанию его в качестве объекта предвзятости.
- Социальная допустимость предвзятости.
- Недостаток персональных знаний об объекте предвзятости.

ДИСКРИМИНАЦИЯ – означает то, что отдельные люди или группы людей в обществе лишают других помощи в связи со стигмой и предвзятым отношением.

ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ:

- Область законодательства.
- Запрет на ряд профессий.
- Отказ во вступлении в ту или иную социальную группу (вступление в брак).

Исследования показали, что психически больные люди часто слышат оскорбления, физические угрозы, подвержены увольнению и, соответственно меняют место жительства, общество на всех своих уровнях эту социальную дистанцию старается сохранить.

Стигма «заражает» не только пациентов, но и их родственников. В США – 1/3 жен скрывает болезнь мужей, разрывает связи с друзьями, меняет место жительства.

СЕМЬЯ отрицает стигму, но утаивание болезни приводит их к социальной изоляции.

ВРАЧИ общей практики так же проявляют стигму в отношении психически больного, отсюда - и действия и рекомендации психиатров, подача информации пациентам и их родственникам.

СОЦИАЛЬНАЯ СЛУЖБА – возможен отказ в помощи

САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ проявляется в следующем:

1. Принятие пациентом стереотипа своего болезненного состояния, т.к. у них больше той информированности, которая общепринята в обществе.
2. Роль неприспособленного и никчемного человека.
3. Социальная отгороженность.

4. Зависимость от помощи других.
5. Адаптация к роли инвалида, которая приводит к социальной дезадаптации

ВПА осуществляет глобальную программу, направленную против дискриминации и стигмы в области психиатрии.

1. Цель: проведение борьбы с предубеждениями общества в отношении психически больного, т.к. предубеждения уменьшают качество жизни больного шизофренией и их семей и препятствуют их проживанию и работе среди здоровых

2. Осведомленность населения о природе шизофрении и праве выбора лечения.

3. Улучшение отношения населения к больным шизофренией и их семьям.

4. Организация мероприятий, направленных на устранение дискриминации и предубеждения.

Инструменты программы:

- Создание публичных информационных программ.
- Развитие программы по вовлечению сообщества.
- Повышение знаний о профессионалах, оказывающих медицинскую помощь больным шизофренией и о ее лечении.
- Обучение и поддержка членов семей и друзей больных.
- Изменение законодательства и гарантия беспристрастной медицинской помощи.

Программа развивается экспертами из многих стран в сотрудничестве с профессиональными организациями, ассоциациями больных и их семей, представителями правительства.

Для редуцирования стигмы и дискриминации необходимо проводить работу, нацеленную на все этапы процесса их образования:

- Лечебное вмешательство с целью редуцирования симптомов заболевания при условии минимальных побочных эффектов.

- Образование, дающее знание о том, что такое шизофрения и направленное на воспитание позитивного отношения и лучшего «принятия» больного.

- Образовательные, социальные и законодательные меры, направленные на уменьшение дискриминации и улучшение интеграции больных..

Особенностью этой программы является то, что она направлена на изменение позиции и предвзятого отношения к больным шизофренией населения всего земного шара.

Требования программы – деликатность, взвешенность, осмотрительность, т.к. задействованы сами пользователи и общественность, использование

информационного подхода.

8.2 Проявление стигмы у больных шизофренией и их семей – пути преодоления.

Для борьбы со стигмой - надо определить круг конкретных проявлений и построить работу по дестигматизации психиатрии. Для этого на базе Московской психиатрической клиники им. Ганнушкина было проведено анкетирование с целью выявления стигмы и ее последствий в виде дискриминации, предубеждения, переживания собственной ущербности у психически больных и их семей.

В группе было 200 человек.

136 – пациенты

64 – родственники

76 – мужчины

60 – женщины.

Возраст – от 18 до 60 лет с высшим образовательным уровнем. Из них на тот момент:

18% - имело работу

60% - инвалиды 11 группы по психическому заболеванию

80% - имели стаж болезни более 5 лет.

64% - испытывали последствия стигматизации.

59% - страдали от дискриминации

43% - самостигматизация

Мужчины более подвержены последствиям самостигматизации, проявлениям дискриминации и предубеждения. У длительно болеющих психическими заболеваниями – наиболее тяжелая форма – дискриминация. Самостигматизация – приблизительно поровну у мужчин и женщин.

Многие пациенты уменьшают тяжесть своего состояния, либо 1/3 вообще отрицает психическое заболевание – это связано не только с особенностями критики, но и нежеланием выполнять роль больного.

50% - вообще никогда не рассказывают о своей болезни

1/3 – говорит только родным и близким

1/2 – стыдится

28% - бояться потерять друзей

21% - потерять работу

ПРЕДУБЕЖДЕНИЯ – социальное окружение относится негативно к наличию и проявлению психической болезни:

1. ощущение изоляции в обществе

2. снисходительное отношение

3. не принимают всерьез

4. разлад в семье

5. отказ в браке

ДИСКРИМИНАЦИЯ вследствие шизофрении (5 и более лет болезни):

1. предвзятость в области законодательства
2. проблема трудоустройства
3. отсутствие равноправия при оказании различной помощи – медицинской, социальной -26%
4. изменение положения в семье 12,5%
5. смена места жительства – 7%
6. изоляция в семье 16,9%
7. испытывали чувство враждебности- 8,8%

Самостигматизация пациента и его семьи зависит от ценностных приоритетов:

1. 40% изменили отношение к себе после установки диагноза.
2. сменили роль на «больного, никчемного»
3. появилась социальная отгороженность и зависимость от других.

Опрос 64 родственников выявил, что практически у всех было ощущение стигмы. При общении с родственниками и друзьями, соседями они испытывали отверженность, дискриминацию, обвинения. Семья страдает параллельно с пациентом. Это и изоляция, сужение круга общения. Пациент не всегда критичен в силу своего состояния, поэтому семья и отражает большое количество направлений стигмы.

Для борьбы со стигмой:

1- надо повысить толерантность общества к психически больным и их семьям;

2- изменить представления общества в отношении психически больных и их семей (программы по психообразованию). Это поможет разрушить стереотипы и страхи общества, а так же сформировать доброжелательное отношение и понимание психически больного. Воспитание позитивного мнения, принятие «больного», возможности пациента, трудоустройство и способности, улучшение социального функционирования.

3- создание неформальных объединений дает возможность бороться. Изоляция психически больных приводит к стигме. Учреждения психиатрии не должны отличаться от других.

Общественные организации психически больных и их родственников.

Такие организации называют часто группами самопомощи. Наряду с профессионалами в системе психиатрической помощи и государственными органами, занимающимися социальной работой, они оказывают существенную часть социальной поддержки. В последние годы имеется тенденция к росту и повышению активности таких общественных организаций в странах бывшего постсоветского пространства. В основном – это группы родственников тяжелых

психических больных, длительно привязанных к психиатрическим учреждениям. В других странах движение потребителей психиатрической помощи получило большее развитие. В США такие организации охватывают 3,7 % населения.

Характер общественных организаций потребителей помощи в психиатрии и их деятельность:

1. При явлениях зависимости и привычках (анонимные алкоголики, азартные игроки, наркоманы, бросившие курить и др.)

2. При широком круге трудностей, таких как смерть близких, страдающих тревогой, депрессией, имеющих проблемы общения с детьми, бывшие психиатрические пациенты.

3. Другие организации, обеспечивающие защиту прав – среди других организаций сюда относятся общества родственников психически больных.

4. Организации, поддерживающие лиц – объектов дискриминации (родители-одиночки, геи и лесбиянки, пожилые люди).

5. Множество организаций лиц с различными физическими недостатками, увечьями – перенесшие операции на сердце, лица с церебральным параличом.

Различные общества осуществляют свою разнообразную и полезную деятельность в области психиатрии во многих странах. Общие вспомогательные виды действий, на которые эти объединения опираются:

1. Культивирование взаимной эмпатии,
2. Поддержка друг друга,
3. Уяснение своих проблем,
4. Возможность делиться своими переживаниями,
5. Моральное самоутверждение,
6. Положительное подкрепление,
7. Установка жизненных целей,
8. Катарсис ,
9. Самораскрытие

Выделяются так же приоритетные ориентиры этих организаций:

1. демистификация , расстраивающего, пугающего предшествующего опыта, который был у членов до их вступления в группы самопомощи;

2. повышение уровня экспектаций членов объединений путем рационального объяснения их проблем;

3. предоставление обоснованной информации и советов;

4. поддержка изменений в себе и других;

5. введение в социальный контекст и совместная легализация с целью уменьшения неуверенности и изоляции членов этих объединений.

К вопросу взаимодействия общественных организаций и профессионалов отношение неоднозначное. Некоторые группы настроены против такого

контакта, но большинство из них поддерживают связи с врачами-психиатрами, опираются на их помощь, часто профессионалы входят в состав групп или их руководство. Профессионалы должны обладать знаниями в области действия общественных объединений, что им следует достигать эффективного взаимопонимания с группами самопомощи и модель консультирования должна быть долгосрочной, неоценочной и центрированной на группе. В США крупные общественные объединения достигли общенационального масштаба и играют значительную роль в психиатрической помощи страны. Национальный альянс психически больных создан для того, чтобы справиться с недостатками в работе психиатрических служб. Подобные организации устанавливают международные связи и обмениваются идеями и опытом с аналогичными организациями других стран. Такие объединения представляют общественную силу, с которой считаются организаторы и руководители медицинских служб.

Всероссийская общественная организация психически больных и их родственников «Новые возможности» официально зарегистрирована и ставит перед собой цели:

1. Содействие реабилитации психически больных.
2. Предупреждение инвалидности.
3. Улучшение положения лиц с психическими расстройствами.
4. Защита социальных прав и интересов.
5. Оказание взаимной поддержки.
6. Координация деятельности региональных общественных организаций.

Ежегодно, при поддержке спонсоров, проводятся всероссийские межрегиональные совещания, на которых обсуждается опыт и задачи региональных организаций. Практикуется издательская деятельность, что повышает значимость организации и ее голос в решении проблем. На форумах выступают представители психиатрических пациентов и их родственников, проводятся выставки художественного творчества душевнобольных.

Расширение участия пользователей в предоставлении услуг. Роли членов семьи и виды поддержки.

Когда член семьи болен, то семья и медицинские работники основное внимание уделяют больному. С этого момента потребности семьи сдвигаются на второй план. Если заболевание приобретает хроническое или рецидивирующее течение либо имеет неблагоприятный прогноз, оно в значительной степени влияет на семью и это заслуживает специального рассмотрения в сочетании с помощью, которая отлична от оказываемой самому пациенту.

Что требует \хочет\ семья от психиатров?

- Обстоятельной информации о недуге, возможность обсудить со знающим специалистом последствия заболевания, его предполагаемые последствия, узнать, что произойдет в ближайшем и отдаленном будущем с симптомами и качеством жизни, а так же вариантах лечения с возможными побочными эффектами.

- Семьи хотят услышать конкретные предложения в отношении того, как они могли бы справляться с трудным поведением.

- Рассмотреть варианты места жительства пациентов в связи с ограничением пребывания в психиатрической клинике.

- Узнать о других таких же семьях с аналогичными переживаниями, вызванными психическим заболеванием родственника, чтобы иметь возможности общения.

- Помощь в облегчении дистресса и горя, обусловленных рухнувшими планами и мечтами..

Стадия жизненного цикла, которую проходит пациент, существенно влияет на дополнительные роли, которые приходится брать на себя другим членам семьи. Это будет зависеть от того – ребенок или взрослый заболел, от совместного проживания семьи в несколько поколений.

Социальное функционирование и качество жизни психически больных.

Проблема социального функционирования и качества жизни в психиатрии. Проблема социального функционирования и качества жизни психически больных. Инструменты для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных, находящихся на диспансерном наблюдении.

Проблема социального функционирования (СФ) и качества жизни в психиатрии является одной из наиболее актуальных и активно разрабатываемых в современной психиатрии. Акцент оказания психиатрической помощи в большей степени смещается в сторону партнерства с пациентом, который становится полноправным участником терапевтического процесса, что требует большего внимания к оценке как лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, так и происходящих в связи с ними изменений в его жизни. То есть мы не только определяем навыки и ресурсы пациента\клиента, назначаем вмешательства, но и прогнозируем возможные изменения в СФ.

Факторы, влияющие на СФ:

- Клинические проявления заболевания
- Отсутствие «жизненного опыта» – дефицита социальных навыков изначально(теория развития Пиаже) либо их утрата вследствие длительной госпитализации

- Особенности социального окружения и взаимоотношение больных (чем шире социальная сеть пациента, тем более эффективно возможно решать проблему СФ)

- Характер внутрисемейных отношений
- Бездомность больных – «адаптация на асоциальном уровне»
- Пол
- Возраст
- Уровень образования
- Специальность

По определению ВОЗ - качество жизни – это восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами.

Относя данное понятие к психически больным, можно сказать, что эти показатели значительно хуже, чем в общей популяции.

Наша задача как специалистом по социальной работе – на фоне адекватной фармакотерапии при помощи реабилитационных мероприятий и социальных вмешательств – улучшить качество жизни психически больных и инвалидов. В ходе проведения социотерапии обязательно надо учитывать неравномерность восстановления отдельных показателей СФ.

РАЗДЕЛ II. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

2.1. ЛАБОРАТОРНЫЕ ЗАНЯТИЯ

Модуль 1. Реабилитация в наркологии

ЛАБОРАТОРНОЕ ЗАНЯТИЕ №1

Состояние зависимости от алкоголя. Реабилитация зависимых и созависимых.

Цель занятия:

1. сформировать представления об алкогольной зависимости и созависимости

Задачи занятия:

1. рассмотреть клинику и диагностику алкогольной зависимости

Основные вопросы:

1. Эпидемиология алкогольной зависимости.
2. Физиологические механизмы действия алкоголя.
3. Синдром отмены алкоголя неосложненный.
4. Синдром отмены алкоголя с судорогами. Синдром отмены алкоголя с делирием.
5. Острые алкогольные психозы.
6. Алкогольный корсаковский синдром, алкогольная деменция.
7. Хронический алкогольный галлюциноз.
8. Алкогольный бред ревности.
9. Энцефалопатия Гайе-Вернике.
10. Алкогольная полинейропатия.
11. Поражение внутренних органов при алкогольной зависимости.
12. Основные этапы лечения алкогольной зависимости.
13. Психотерапия и реабилитация при алкогольной зависимости.
14. Группы анонимных алкоголиков.
15. Первичная профилактика алкогольной зависимости.
16. Организация лечения пациентов с алкогольной зависимостью.
17. Созависимость.
18. Беседа с пациентами, страдающими алкогольной зависимостью.
19. Анализ историй болезни пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя.

ЛАБОРАТОРНОЕ ЗАНЯТИЕ №2

Диагностика и лечение зависимости от опиоидов, каннабиноидов,

реабилитация зависимых.

Цель занятия:

1. сформировать представления об опиоидной зависимости и зависимости от каннабиса

Задачи занятия:

1. рассмотреть клинику и диагностику опиоидной зависимости и каннабиноидной зависимости

Основные вопросы:

1. История немедицинского употребления опиоидов.
2. Эпидемиология опиоидной зависимости.
3. Классификация и механизмы действия опиоидов.
4. Клиника опиоидной зависимости.
5. Методы диагностики.
6. Синдром отмены опиоидов.
7. Сопутствующие психические и соматические заболевания при опиоидной зависимости.
8. Основные этапы лечения опиоидной зависимости.
9. Лечение синдрома отмены опиоидов.
10. Психотерапия и реабилитация при опиоидной зависимости.
11. Первичная профилактика опиоидной зависимости.
12. Стратегии снижения вреда.
13. Лечение сопутствующих заболеваний при опиоидной зависимости.
14. Заместительная терапия опиоидной зависимости.
15. Каннабиноиды: эффекты применения и последствия.
16. Клинический разбор с участием пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления опиоидов, каннабиноидов.
17. Применение возможных скрининговых методик.

ЛАБОРАТОРНОЕ ЗАНЯТИЕ №3

Зависимость от бензодиазепинов, реабилитация зависимых

Цель занятия:

1. сформировать представления о зависимости от седативных и снотворных препаратов, т. ч. бензодиазепинового ряда

Задачи занятия:

1. рассмотреть клинику и диагностику зависимости от седативных и снотворных препаратов, т. ч. бензодиазепинового ряда

Основные вопросы:

1. Физиологические механизмы действия бензодиазепинов.

2. Основные бензодиазепины, применяемые в медицине.
3. Клиника зависимости от бензодиазепинов.
4. Методы диагностики.
5. Синдром отмены бензодиазепинов и снотворных.
6. Основные этапы лечения зависимости от бензодиазепинов.
7. Лечение синдрома отмены бензодиазепинов. Психотерапия при зависимости от бензодиазепинов.
8. Первичная профилактика зависимости от бензодиазепинов.

ЛАБОРАТОРНОЕ ЗАНЯТИЕ №4

Злоупотребление летучими наркотически действующими веществами (ЛНДВ), реабилитация зависимых.

Цель занятия:

1. сформировать представления о злоупотреблении ЛНДВ

Задачи занятия:

1. рассмотреть клинику и диагностику злоупотребления ЛНДВ

Основные вопросы:

1. Классификация ЛНДВ.
2. Клиника злоупотребления и зависимости от ЛНДВ.
3. Основные предрасполагающие факторы.
4. Профилактика и лечение злоупотребления и зависимости от ЛНДВ.

Модуль 2. Реабилитация в психиатрии

ЛАБОРАТОРНОЕ ЗАНЯТИЕ №1

Общая синдромология психических расстройств

Цель занятия:

1. сформировать представления об уровнях поражения психики и синдромах психических расстройств.

Задачи занятия:

1. рассмотреть психоорганический синдром, его виды и особенности клинических проявлений.

Основные вопросы:

1. Уровни поражения психики и синдромы психических расстройств.
2. Психоорганический синдром, его виды и особенности клинических проявлений.
3. Острый и хронический мозговой синдром.
4. Судорожный синдром: (большой, малый, абсанс, нарколептические припадки).
5. Кататонические и галлюцинаторно-бредовые синдромы.

6. Ипохондрический синдром.
7. Дистормомания.
8. Аффективные синдромы.
9. Невротические синдромы.
10. Позитивная и негативная симптоматика.
11. Динамика процессов, связь симптома, синдрома и нозологической единицы (болезни).
12. Общие принципы реабилитации при различных психопатологических синдромах.

ЛАБОРАТОРНОЕ ЗАНЯТИЕ №2

Эпилепсия. Реабилитационные подходы при эпилепсии.

Цель занятия:

1. сформировать представления о генуинной и симптоматической эпилепсии.

Задачи занятия:

1. рассмотреть клинику и диагностику генуинной и симптоматической эпилепсии

Основные вопросы:

1. Понятие о генуинной и симптоматической эпилепсии.
2. Генерализованная и фокальная эпилепсия.
3. Судорожные и бессудорожные пароксизмы.
4. Эпилептический статус.
5. Доврачебная помощь при припадке.
6. Тактика при эпилептическом статусе.
7. Психические эквиваленты (сумеречные расстройства сознания, дисфории).
8. Слабоумие.
9. Учет специалистом по социальной работе изменений личности больных.
10. Вопросы трудоустройства и реабилитация.
11. Особенности эпилепсии у детей.

ЛАБОРАТОРНОЕ ЗАНЯТИЕ №3.

Шизофрения. Принципы реабилитации

Цель занятия:

1. сформировать представления о шизофрении.

Задачи занятия:

1. рассмотреть клинику и диагностику шизофрении.

Основные вопросы:

1. Определение понятия и современного состояния вопроса о сущности шизофрении.
2. Особое значение шизофрении в клинике психических расстройств.
3. Понятие об основных и факультативных симптомах шизофрении.
4. Острое, подострое и постепенное начало заболевания. Основные клинические формы шизофрении.
5. Особенности шизофрении у детей.
6. Диагностические критерии шизофрении.
7. Типы течения шизофрении.
8. Ближайший и отдаленный прогноз при различных типах течения и формах шизофрении.
9. Понятие о шизофреническом дефекте и исходе.
10. Типы дефекта и их значение для проведения реабилитационных мероприятий.
11. Значение семьи в реабилитации пациентов с шизофренией.

ЛАБОРАТОРНОЕ ЗАНЯТИЕ №4

Реабилитация психически больных

Цель занятия:

1. сформировать представления о реабилитации психически больных (партнерства, разносторонности и единства социально-психологических и биологических методов, ступенчатости).

Задачи занятия:

1. рассмотреть возможность реабилитации психически больных (партнерства, разносторонности и единства социально-психологических и биологических методов, ступенчатости) при различной психической патологии.

Основные вопросы:

1. Знакомство с основами терапии психически больных.
2. Принципы реабилитации психически больных (партнерства, разносторонности и единства социально-психологических и биологических методов, ступенчатости).
3. Реабилитационные режимы, этапность социо-реабилитационных мероприятий.
4. Реабилитационные центры, лечебно-трудовые мастерские. Трудоустройство психически больных.
5. Использование остаточной трудоспособности.
6. Обучение новой специальности.
7. Опекa, показания для наложения опеки.
8. Место специалиста по социальной работе в системе реабилитации психически больных.

РАЗДЕЛ 2.2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Модуль 1. Реабилитация в наркологии

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №1

Заболевания, связанные с употреблением психоактивных веществ, в МКБ-10. Принципы реабилитации наркологических больных

Цель занятия:

1. сформировать понятие об основных ПАВ, вызывающих зависимость, в том числе курительных смесях и их эффектах.

Задачи занятия:

- сформировать у студентов представление об основных принципах классификации и диагностических критериях в МКБ-10.

Основные вопросы:

1. Основные принципы классификации и диагностические критерии.
2. Правила интервьюирования пациентов.
3. Короткая интервенция при злоупотреблении алкоголем.
4. Основные методы исследования в наркологии.
5. Основные задачи наркологии как науки и как медицинской дисциплины.
6. Организация наркологической помощи в Республике Беларусь.
7. Юридический аспект наркологии.
8. Необходимость взаимодействия органов здравоохранения, социальной защиты, средств массовой информации, правоохранительных органов в профилактике наркомании и алкоголизма.
9. Комплексный подход – основа профилактики.
10. Общественные организации в профилактике алкоголизма и наркомании.
11. Принципы реабилитации наркологических больных.

Модуль 2. Реабилитация в психиатрии

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ №1

Психиатрия как наука, ее место среди других медицинских и социальных дисциплин. Принципы реабилитации психически больных

Цель занятия:

1. изучить принципы организации психиатрической помощи населению
2. дать определение понятия «психическое заболевание»
3. изучить биологические, психологические, социальные и культуральные предпосылки формирования психических болезней

Задачи занятия:

1. изучить принципы реабилитации психически больных

Основные вопросы:

1. Социальные последствия психической болезни как мотивационная установка к освоению курса «Реабилитация в психиатрии».
2. Психотерапия.
3. Реабилитация.
4. Амбулаторная психиатрическая помощь (психоневрологические диспансеры, кабинеты). Стационарная психиатрическая помощь (психиатрические больницы, дневные стационары). Скорая психиатрическая помощь. Дома-интернаты для психически больных инвалидов. Вопросы военной, трудовой и судебной экспертизы психически больных. Правовые аспекты психиатрии.
5. Относительность понятия «норма» в возрастном, половом, историческом, социальном и культурально-экономическом контекстах. Общая типология и систематика форм психических болезней. Международная классификация психических заболеваний. Распространенность различных форм психических заболеваний.
6. Роль «минимальной мозговой дисфункции», травм и интоксикаций в раннем возрасте. Влияние метаболических, алиментарных и гормональных влияний на формирование болезней психики. Роль генетики и средовых влияний в психопатологии. Психологическое влияние раннего детского опыта и семейного окружения. Понятие «нозос» и «патос» в психопатологии. Симптом, синдром и болезнь (нозологическая форма). Методы исследования в психиатрии.

РАЗДЕЛ 2.3. Контрольная самостоятельная работа (КСР)

Модуль 1. Реабилитация в наркологии

КСР №1.

Состояние зависимости от алкоголя. Реабилитация зависимых и созависимых.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТЫ ПОЛУЧАЮТ ИНДИВИДУАЛЬНО У ПРЕПОДАВАТЕЛЯ.

Модуль 2. Реабилитация в психиатрии

КСР №1.

Психиатрия как наука, ее место среди других медицинских и социальных дисциплин. Принципы реабилитации психически больных

СТУДЕНТЫ ВЫПОЛНЯЮТ САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ В ВИДЕ ПИСЬМЕННЫХ ЗАДАНИЙ

КСР №2.

Расстройство ощущений и восприятия

СТУДЕНТЫ ВЫПОЛНЯЮТ САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ В ВИДЕ ПИСЬМЕННЫХ ЗАДАНИЙ

КСР №3.

Интеллект и его нарушения

СТУДЕНТЫ ВЫПОЛНЯЮТ САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ В ВИДЕ ПИСЬМЕННЫХ ЗАДАНИЙ

КСР №4.

Аффективные расстройства. Реабилитация при депрессии и парасуициде

СТУДЕНТЫ ВЫПОЛНЯЮТ САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ В ВИДЕ ПИСЬМЕННЫХ ЗАДАНИЙ

КСР №5.

Психогенные психические расстройства. Реабилитация при неврозах

СТУДЕНТЫ ВЫПОЛНЯЮТ САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ В ВИДЕ ПИСЬМЕННЫХ ЗАДАНИЙ

РАЗДЕЛ III. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ ПО КУРСУ «РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ»

1. Психиатрия, ее значение для социального работника. Реабилитационные подходы в психиатрии.
2. Социальная и трудовая реабилитация психически больных.
3. Организация психиатрической, в т.ч. реабилитационной, помощи населению (диспансеры, больницы, реабилитационные центры, дома-интернаты). Определение понятия «психическое заболевание». Реабилитационные подходы при различных психических заболеваниях.
4. Распространенность различных форм психических заболеваний.
5. Причины психических расстройств.
6. Понятие о симптоме, синдроме, болезни.
7. Ощущения. Восприятие. Их расстройства.
8. Галлюцинации, приемы выявления, тактика социального работника.
9. Учет социальным работником особенностей ощущений и восприятия слепых и глухих.
10. Агнозии, их выявление.
11. Мышление. Определение.
12. Патология мышления.
13. Сверхценные идеи.
14. Навязчивые идеи, страхи.
15. Патология речи.
16. Память, определение, виды.
17. Патология памяти.
18. Синдром Корсакова.
19. Значение расстройств памяти в работе социального работника.
20. Внимание. Виды, патология.
21. Определение понятия «интеллект».
22. Олигофрения, ее степени, причины. Принципы реабилитации.
23. Деменция, причины, методы диагностики, значение для социального работника.
24. Эмоции, классификация, внешние проявления.
25. Патология эмоций.
26. Воля, патология воли.
27. Психомоторное возбуждение, тактика социального работника.
28. Расстройства инстинктов.
29. Патологические влечения.

30. Сознание, признаки нарушения сознания.
31. Оглушенное состояние, определение, доврачебная помощь.
32. Помраченное сознание, определение, тактика социального работника.
33. Приемы выявления нарушений сознания.
34. Амбулаторные автоматизмы (транс, фуга, сомнамбулизм).
35. Уровни поражения психики и синдромы психических расстройств.
36. Психоорганический синдром, его виды, особенности клинических проявлений.
37. Острый и хронический мозговой синдром.
38. Судорожный синдром, разновидности.
39. Кататонический синдром, виды.
40. Галлюцинаторный синдром.
41. Бред, определение.
42. Паранойяльный, параноидный, парафренный синдромы.
43. Синдром Кандинского-Клерамбо.
44. Ипохондрический синдром.
45. Дистимия.
46. Депрессивный синдром. Принципы реабилитации.
47. Маниакальный синдром.
48. Психические расстройства при острых инфекциях.
49. Психические нарушения при хронических инфекциях. Принципы реабилитации.
50. Психические нарушения при заболеваниях почек, желудочно-кишечного тракта, авитаминозах, эндокринных заболеваниях, промышленных отравлениях. Принципы реабилитации.
51. Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях (инфаркте, гипертонии, атеросклерозе). Уход за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Принципы реабилитации.
52. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах и опухолях. Учет социальным работником личностных изменений таких больных. Принципы реабилитации.
53. Эпилепсия. Симптоматика. Доврачебная помощь при судорожном припадке. Тактика поведения при эпилептическом статусе. Принципы реабилитации.
54. Нарушения психики в предстарческом возрасте. Принципы реабилитации.
55. Сенильные (старческие) психозы. Особенности обследования пациентов позднего возраста. Учет особенностей поведения и уход за ними.

56. Биполярное аффективное расстройство. Особенности ухода и надзора при депрессии. Тактика социального работника при суицидальных мыслях и действиях. Принципы реабилитации.

57. Шизофрения, симптоматика. Основные клинические формы. Принципы реабилитации.

58. Понятие о шизофреническом дефекте. Типы дефекта и их значение для проведения реабилитационных мероприятий.

59. Неврозы. Основные клинические формы. Значение санитарно-просветительных и воспитательных мероприятий в профилактике неврозов. Принципы реабилитации.

60. Тревожный синдром невротического уровня.

61. Реактивные психозы (посттравматическое стрессовое расстройство). Принципы реабилитации.

62. Расстройства личности (психопатии). Определение. Врожденные и приобретенные психопатии. Акцентуации характера. Подходы к реабилитации.

63. Типы расстройств личности (психопатий), динамика расстройств личности (психопатий). Вопросы социальной реадaptации как основной метод компенсации психопатий.

64. Принципы реабилитации психически больных.

65. Лечебно-трудовые мастерские, центры реабилитации. Трудоустройство психически больных, обучение специальности. Место социального работника в системе реабилитации психически больных.

66. Трудовая экспертиза психически больных.

67. Судебная экспертиза психически больных. Дееспособность. Опекa, показания для наложения опеки.

68. Правовые аспекты психиатрии.

69. Уход за психически больными. Этика ухода.

70. Коммуникационные навыки установления контакта и сбора информации.

71. Умение общения и передачи информации.

Вопросы к зачету, модуль: Реабилитация в наркологии

1. Наркология как наука. Методы научных исследований в наркологии. Основные модели понимания зависимости. Факторы риска развития зависимости от ПАВ. Реабилитационные подходы при данных заболеваниях.
2. Виды психоактивных веществ. Их классификация.
3. Злоупотребление психоактивными веществами. Зависимость от психоактивных веществ. Основные признаки и диагностические критерии. Принципы реабилитации.
4. Физиологические эффекты алкоголя. Зависимость от алкоголя.
5. Зависимость от каннабиса (марихуаны), синдром потери мотивации. Реабилитация зависимых.
6. Злоупотребление галлюциногенами. Реабилитация зависимых.
7. Зависимость от седативных и снотворных препаратов. Реабилитация зависимых.
8. Злоупотребление психостимуляторами, включая кофеин, и зависимость от них. Реабилитация зависимых.
9. Зависимость от кокаина. Реабилитация зависимых.
10. Зависимость от опиатов. Реабилитация зависимых.
11. Летучие наркотические действующие вещества. Реабилитация зависимых.
12. Злоупотребление препаратами, не вызывающими зависимость – анаболические стероиды, препараты для лечения головной боли, слабительные, мочегонные
13. Созависимость. Реабилитационные программы для созависимых.
14. Группы самопомощи в наркологии.
15. Краткосрочное вмешательство при злоупотреблении психоактивными веществами (на примере злоупотребления алкоголем).
16. Мотивирующее интервью в наркологии.
17. Психотерапия в наркологии.
18. Первичная профилактика заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ.
19. Организация наркологической службы в Беларуси. Отделения реабилитации в структуре наркологической помощи.
20. Соматические последствия употребления алкоголя и других психоактивных веществ.
21. Юридические аспекты наркологии - экспертиза алкогольного и неалкогольного опьянения, принудительное лечение наркологических больных.

РАЗДЕЛ IV. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Основные источники

Модуль 1. Реабилитация в наркологии

1. Алкоголизм. Руководство для врачей. Под ред. Морозова Г.В. М.: Медицина, 1983.
2. Бувальда В., ван дер Берг К. Пособие по наркологии для врачей-стажеров. Под ред. В. Бейсмана, Ю. Рейнерс, В.Б. Позняка, Р.А. Евсегнеева. Мн.: Интертракт, 1997.
3. Веселовская Н.В., Коваленко А.Е. Наркотики. – М.: “Триада-Х”, 2000.
4. Воронович Б. Без тайн о зависимостях и их лечении. Киев, ”Сфера”, 2004.
5. Джонсон В. Как заставить алкоголика или наркомана лечиться. Метод убеждения. М., 2000.
6. Клиническая токсикология детей и подростков, том 1, 2. Под ред Марковой И.В., Афанасьева Ю.В. СПб:”Интемедика”, 1998.
7. Кондрашенко В.Т., Скугаревский А.Ф. Алкоголизм. Мн.: Беларусь, 1983.
8. Личко А.Е. Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991.
9. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах. Ростов-на-Дону, ”Феникс”, 2003.
10. Наркология. Под ред. Л. Фридмана. – СПб.: ”Невский диалект”, 1998.
11. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. М.: Медицина, 2000.
12. Столяров Г.В. Лекарственные психозы и психотомиметические средства.
13. Стратегии лечения алкогольных проблем. Под ред. П. Герлингса. – Киев, ”Сфера”, 1999.
14. Наркология: Учеб.-метод. комплекс / Авт.-сост. В.П. Максимчук. Мн.: ФУСТ БГУ, 2004.
15. Шабанов П.Д. Основы наркологии. – СПб.: Лань. – 2002. – с.
16. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа. – Анахарсис. – 2001. – 48 с.

дополнительная:

1. Айзберг О.Р. Экстази (MDMA) — представитель нового класса психоактивных веществ. Вестник Белорусской психиатрической ассоциации. № 4, 1998. 22-29с.

2. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами. // Психиатрия и психофармакология, 2001. – 2. – 76 – 80.
3. Белогуров СБ. Популярно о наркотиках и наркоманиях. Книга для всех. Спб.; М.: «Невский диалект» — «Издательство БИНОМ». 1998.
4. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врачей общей практики. Мн. 2001.
5. Зорко Ю.А. Психоактивные вещества: Метод. реком./ - Мн.:МГМИ, 2000. – 30с.
6. Иванец Н.Н. Границы и классификации наркологических заболеваний. // Лекции по наркологии. / Изд. третье, перераб. и расшир. / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медпрактика, 2001. – С. 47 – 76.
7. Международная классификация болезней (10-го пересмотра). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике./Пер. на русск. язык под ред. Ю.Л.Нуллера, С.Ю.Циркина. ВОЗ — Спб, АДИС, 1994. — 71-79 с.
8. Портнов А.А., Пятницкая И.Н., Клиника алкоголизма. – Л.: Медицина, 1973. – 368 с.
9. Престон Э. Пособие для всех, кто применяет метадон в своей практике. 2000.
10. Пятницкая И.Н. Наркомании. М., 1994.
11. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. – М.: Медицина, 1973. – 384 с.

Адреса сайтов располагающих информацией о психоактивных веществах:

[http: // www.narkotiki.by](http://www.narkotiki.by)
[http: // www.adic.org.ua](http://www.adic.org.ua)
[http: // www.adic.org.ua](http://www.adic.org.ua)
[http: // sober-cool.jump.ru](http://sober-cool.jump.ru)
[http: // nosmoking.jump.ru](http://nosmoking.jump.ru)
[http: // adic-co.info.kiev.ua](http://adic-co.info.kiev.ua)
[http: // www.adic.org.ua/menu/books/sobercool.htm](http://www.adic.org.ua/menu/books/sobercool.htm)
[http: // op-i-um.jump.ru](http://op-i-um.jump.ru)
[http: // www.narcom.ru](http://www.narcom.ru)
[http: // www.magelan.ru/~nodrugs](http://www.magelan.ru/~nodrugs)

Модуль 2. Реабилитация в психиатрии

обязательная:

1. Актуальные проблемы клинической и социальной реабилитации психически больных. Отв. ред. Ковалёв Н.М. 1982 г. 238 с.
2. Александровский Ю.А. Познай и преодолей себя. М., Профиздат, 1992, 221 с.
3. Арт-терапия". Краевский А.// "Terra Medica Nova", №1 1999 г.
4. Брайнес Б. Определение эрготерапии. Философия эрготерапии.
5. Букбаум Р., П.Штейн (ред) "Из мира аднаво в другой. Искусство аутсайдеров". Киев, 1997, Сфера. 258 с.
6. Букреева Н.Д. Дифференцированная реабилитация больных шизофренией в экспериментальных экономических условиях. Автореферат. Кемерово, 1991, 31 с.
7. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. Москва, Медицина, 1989 г., 302 с.
8. Бычков А.В. "К вопросам трудовой реабилитации психически больных людей"//Вестник белорусской психиатрической ассоциации, №4, 1998г.
9. В.Энтони, М.Коен, М.Фаркас "Психиатрическая реабилитация", Сфера, Киев, 2001, 298 с.
10. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжёлых психических заболеваниях. Сфера, Киев, 2001, 497 с.
11. Вовлечение потребителя в работу служб охраны психического здоровья. Библиография, Киев, Сфера, 1998, 50 с.
12. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. – СПб.: ИКФ Фолиант, 2002. – 256 с.
13. Волков П.Руководство по профилактике душевных расстройств. М., 1995г., 442 с.
14. Выготский Л.С. Психология искусств. М., Педагогика, 1987, 341 с.
15. Евсегнеев. Р.А. Психиатрия для врага общей практики. Минск, "Беларусь", 2001 г.
16. Зайцев Д.А. "Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией с эпизодическими госпитализациями", 37 с.
17. Зозуля Т. В. Основы социальной и клинической психиатрии. – 2001. –
18. Кабанов М.М. "Клинические и организационные основы реабилитации психически больных.", М., 1980 г., 395 с.
19. Кабанов М.М. "Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия", СПб, 1998 г. 256 с.

20. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л.: Медицина, 1978. – 232 с.
21. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.1985, 301 стр.
22. Кирпиченко А.А. Психиатрия. Мн., 1996.
23. Климович А.С. Реабилитация психически больных и основа профилактики инвалидности. Мн.1996, 254 с.
24. Копытин А.И. практикум по арттерапии. – СПб.: «ПИТЕР», 2000
25. Культтерапия в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий. Методические указания по организации, формам и методам культуротерапевтической работы в психиатрических учреждениях. Донецк 1971 г. 87 с.
26. Кэджусон Х., Шеффер Ч., Практикум по игровой психотерапии. Пер. с англ. – СПб.: «ПИТЕР», 2002г.
27. Лечебно-восстановительные режимы в психиатрическом стационаре. Методические рекомендации. Сост. Вл. Еремеев, Ленинград, НИИ психиатрии им. Бехтерева 1977г. 28 с.
28. Мелехов Д.Е. "Социальная психиатрия и реабилитация психически больных. Основы социально-психологической и социально-трудовой реабилитации психически больных", Ленинград, 1981 г. 81 с.
29. Новые организационные формы психосоциальной реабилитации больных в тверском областном психоневрологическом диспансере. Виноградова Р.Н., Логунова А.М.//Социальная и клиническая психиатрия.
30. Опыт психообразовательной работы с больными шизофренией во внебольничных условиях" Архипова Е.Л., Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А. // "Социальная и клиническая психиатрия", №1 2002 г. М.
31. Организация социально-трудовой реабилитации больных в условиях психоневрологического интерната. Методические рекомендации для работников социального обеспечения. Составитель: Дементьева Н.Ф., М., 1983 г. 53 с.
32. Организация, нормирование и планирование труда в отделениях восстановительного лечения. // Сборник статей ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения. Отв. ред. Роговой М.А., М. 1981 г. 181 с.
33. Перевознюк А.Г. "Динамика клинических предпосылок социальной реабилитации труднокурабельных больных шизофренией. Томск, 1993 г., 29 с.
34. Пол Дж. Карлинг Возвращение в сообщество. Киев, Сфера, 2001, 317 с.
35. Проблема образования психически больных. Семёнова Н.Д., Сальникова Л.И.// Социальная и клиническая психиатрия. №3, 2001.
36. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни." Кабанов М.М // Социальная и клиническая психиатрия" №1 2001 г.

37. Развитие новых психосоциальных технологий в психиатрической службе. Козлякова С.Б., Поташёва А.П., Борисова Л.Б., Симоненко Н.В.//Социальная и клиническая психиатрия. №3, 2001 г.

38. Реабилитация больных с психическими нарушениями при некоторых инвалидизирующих заболеваниях и вопросы организации психиатрической помощи в центре реабилитации инвалидов. Дементьева Н.Ф., Сырникова Б.Н. // "Медикосоциальная экспертиза и реабилитация" №3 1999 г.

39. Реабилитация больных шизофренией в рамках модели "клубный дом" Доненко И.Е.//Социальная и клиническая психиатрия. №1 2000

40. Ройзман Е.М. Социальная адаптация больных шизофренией в преморбидный период и в динамике заболевания. Автореферат, Томск 1991, 35 с.

41. Руководство по психиатрии для врачей под ред. А.В. Снежневского. Т.1-2, М., 1983.

42. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. ВИДАР, 2011. – 336 с.

43. Сорокина Т.Т., Гайдук Ф.М., Евсегнеев Р.А. Практическое пособие по психиатрии. Мн., 1991.

44. Торникрофт. Грэхем "Матрица охраны психического здоровья" Киев, Сфера, 2000 г. 331 с.

45. Уве Генрих Петерс. "Немецкая психиатрия. Прошлое и настоящее. Ассоциация психиатров Украины, Киев, 1996 г.

46. Украинцев И.И. "Клинико-эпидемиологическая характеристика и адаптация возможностей больных шизофренией." Томск, 1995 г.

47. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. – Сфера, 2001. – 298 с.

48. Ястребов В.С. Роль и место социотерапевтической помощи в современной психиатрической службе. Москва, 2001 г.

49. Яэль Шавит-Шутланд. "Перемены и изменения в психиатрической эрготерапии-размышления о шагах навстречу краткосрочной госпитализации. //Journal of Occupational Therapy. Vol. 4 №2, May 1995, p.53 – 61.

дополнительная:

1. Банщиков В.М. Атеросклероз сосудов мозга с психическими нарушениями. М., 1967.

2. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М., 1979.

3. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1965.

4. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1978.

5. Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. М., 1972.
6. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М., 1977.