

**Шилова, О. Л. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ / О. В. Шилова, С. О. Хилькевич, Н. В. Хмара // Психиатрия и наркология : учеб.-метод. пособие для студентов 5 курса мед.-диагн. фак-та мед. вузов. — Гомель : ГомГМУ. — 2015. - С. 37-50.**

**Психоактивное вещество** — это любое химическое вещество, способное при однократном приеме изменять настроение, физическое состояние, самоощущение и восприятие окружающего, поведение либо другие, желательные с точки зрения потребителя, психофизические эффекты, а при систематическом приеме — психическую и физическую зависимость.

**Наркотик** — это вещество, удовлетворяющее трем критериям:

- медицинскому — это вещество должно обладать специфическим действием на ЦНС, что является причиной его немедицинского потребления;
- социальному — потребление его имеет большие масштабы, и последствия этого потребления приобретают социальную значимость;
- юридическому — вещество включено в официальный список наркотических средств.

**Наркомания** — болезнь, вызванная систематическим употреблением наркотиков и проявляющаяся психической и физической зависимостью от них.

**Токсикомания** — зависимость, вызванная веществами, не включенными в официальный список наркотиков.

**Аддикция** — употребление наркотических или токсических веществ, без зависимости.

В современной литературе распространен термин «зависимость». Кроме наркоманий и токсикоманий это понятие включает такие занятия и виды деятельности, как азартные игры (гэмблинг), чрезмерное увлечение компьютером, чрезмерно активное пищевое и сексуальное поведение. Общим для всех этих вещей является то, что они занимают первое место в системе ценностей индивидуума и альтернативные виды деятельности подвергаются забвению.

**Этапы формирования зависимости:**

- Начало употребления.
- Экспериментирование.
- Социальное употребление.
- Привычное употребление.

На каждом из этих этапов индивидуум может прекратить употребление, стабилизироваться или перейти к следующему этапу. На этапе привычного употребления отмечаются признаки психической зависимости и рост толерантности. Этот этап может переходить в зависимость.

### Этиология и патогенез зависимостей

На сегодняшний день сложно назвать одну причину, по которой люди становятся зависимыми от алкоголя или других ПАВ. Одни при прочих равных условиях длительное время злоупотребляют алкоголем, не становясь при этом зависимыми, у других же зависимость формируется быстро.

Только 25 % из всех пробовавших наркотики становятся наркоманами. Учитывая сложность вопроса, в мире принята биопсихосоциальная модель этиопатогенеза зависимостей. Это значит, что **при формировании зависимости играют роль три компонента**: биологический, психологический и социальный. Удельный вес каждого из этих факторов в каждом конкретном случае может быть разным.

*Социально-культуральные факторы.* Каждый человек находится в уникальном социальном окружении, которое влияет на него. Показано, что в развитии зависимости имеет значение характер воспитания: повышается риск развития зависимости в условиях воспитания по типу гипопротекции и в условиях жестких взаимоотношений. Неблагоприятные условия жизни повышают риск развития зависимости: нищета, бездомность, безработица, неграмотность, род занятий с высоким уровнем стресса. Большую роль играет фактор доступности наркотиков (медработники, бармены). Психотравмирующие жизненные обстоятельства: смерть супруга, развод, потеря работы. Социальные катаклизмы: быстрые изменения в социальной действительности ведут к тому, что выработанные ранее навыки деятельности теряют эффективность. Влияние, опосредованное через религию, традиции, определяет малую распространенность алкоголизма в мусульманских странах. На Востоке опиум и каннабис выполняют роль, аналогичную алкоголю в Европе. Что касается пола и возраста, то большинство среди зависимых лиц составляют мужчины молодого и среднего возраста.

*Психологические факторы:* нельзя спрогнозировать с большой степенью вероятности на основании характерологических особенностей станет ли человек наркоманом. Зависимость может встречаться среди любых типов личности. Однако некоторые личностные черты способствуют наркотизации: импульсивность, стремление к получению удовольствий, низкая переносимость боли и фрустрации, неустойчивость интересов, черты личностной незрелости (неадекватная самооценка, слабый самоконтроль).

*Биологические факторы:* экспериментальные данные позволяют предположить, что предпочтение к алкоголю детерминруется несколькими генами, т. е. полигенное наследование. Генетически предопределяются и особенности обмена веществ индивидуума, посредующие различную чувствительность отдельных людей к алкоголю, различную психосоматическую реакцию на него. О роли генетических факторов свидетельствует и тот факт, что дети, биологические родители которых были алкоголиками, но адаптированные в нормальных семьях имеют риск развития зависимости в 4 раза выше по сравнению с обычными детьми. У

однойцовых близнецов конкордантность по этому признаку в 4 раза выше по сравнению с разнойцовыми.

Все зависимости имеют общие патогенетические механизмы. ПАВ модулируют активность практически всех центральных нейротрансмиттерных систем: адренергической, серотонинергической, дофаминергической, ГАМК-ергической. **Основные синдромы, развивающиеся при зависимостях универсальны:** синдром психической зависимости, синдром измененной реактивности и синдром физической зависимости.

*Синдром психической зависимости* характеризуется постоянным или периодически возникающим навязчивым (обсессивным) влечением к наркотику. Психический комфорт возможен только в состоянии интоксикации.

*Синдром измененной реактивности* включает изменение толерантности, изменение картины опьянения и утрату защитных реакций.

Толерантность (переносимость) определяется как минимальная доза, способная вызвать опьянение. Рост толерантности проявляется в том, что для достижения прежнего желаемого эффекта необходима все возрастающая доза наркотика.

*Физическая зависимость* является состоянием, при котором наркотик становится необходимым для нормального протекания физиологических процессов в организме. Физический комфорт возможен только в состоянии интоксикации. Абстинентный синдром (синдром отмены) является проявлением синдрома физической зависимости и представляет собой комплекс психопатологических, соматовегетативных и неврологических расстройств, возникающих вслед за прекращением приема наркотика. Прием привычного наркотика либо полностью устраняет данные расстройства, либо значительно их смягчает. Абстинентный синдром является относительно специфичным, т. е. купировать его может только привычный наркотик. Однако частично его могут купировать и другие препараты, к которым вырабатывается перекрестная толерантность.

**Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ (F10–F19)**

F10. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя.

F11. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

F12. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов.

F13. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ.

F14. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина.

F15. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин.

F16. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов.

F17. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака.

F18. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей.

F19. Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ.

**4-й и 5-й знаки могут использоваться для уточнения клинического состояния:**

#### *Острая интоксикация (F1x.0)*

Преходящее состояние вслед за приемом алкоголя или другого психоактивного вещества, приводящее к расстройствам сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций.

Острая интоксикация находится в прямом соответствии с уровнями доз. Исключениями могут быть пациенты с какими-либо органическими заболеваниями (например, почечной или печеночной недостаточностью), когда малые дозы вещества могут оказать непропорционально острый интоксикационный эффект. Ее интенсивность со временем уменьшается, и при отсутствии дальнейшего употребления вещества ее действие прекращается. Выздоровление, поэтому, является полным, за исключением случаев, где имеется тканевое повреждение или другое осложнение.

Симптомы интоксикации не всегда отражают первичное действие вещества, например, депрессанты могут вызвать симптомы оживления или гиперактивности, а стимуляторы — уход в себя и интравертное поведение. Действие таких веществ, как каннабис и галлюциногены, практически непредсказуемо. Более того, многие психоактивные вещества также производят различное действие в зависимости от различных уровней доз. Например, алкоголь в низких дозах обладает стимулирующим эффектом, с увеличением дозы он вызывает возбуждение и гиперактивность, а в очень больших дозах оказывает чисто седативный эффект.

#### *Неоднократное употребление с вредными последствиями (F1x.1)*

Модель употребления психоактивного вещества, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (например, в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотиков) или психическим (случаи возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации). При постановке данного диагноза необходимо наличие непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя. Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями. Тот факт, что употребление определенного

вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, еще не является доказательством употребления с вредными последствиями.

#### *Синдром зависимости (F1x.2)*

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

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

- а) сильная потребность или необходимость принять вещество;
- б) нарушение способности контролировать прием вещества, т. е. начало употребления, окончание или дозировки употребляемых веществ;
- в) физиологическое состояние отмены, при котором прием вещества прекращается или уменьшается, о чем свидетельствуют: характерный для вещества синдром отмены или использование того же или сходного вещества для облегчения или предотвращения симптомов отмены при осознании того, что это является эффективным;
- г) признаки толерантности, такие как увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами (очевидными примерами могут являться больные алкоголизмом и лица с опиатной зависимостью, которые могут в течение дня принять дозу, достаточную для летального исхода или потери сознания у нетолерантного потребителя);
- д) прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления вещества, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема вещества или восстановления после его действия;
- е) продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные вредные последствия, такие как причинение вреда печени, вследствие злоупотребления алкоголем, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение когнитивных функций вследствие употребления наркотиков; следует определять, сознавал ли или мог ли сознавать индивидуум природу и степень вредных последствий.

#### *Абстинентное состояние (синдром отмены) (F1x.3)*

Группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, проявляющаяся при полном или частичном прекращении приема вещества после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены

ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. **Синдром отмены может быть осложнен судорогами (F1x.31).**

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

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

Необходимо помнить, что синдром отмены может вызываться условно закрепленным стимулом при отсутствии непосредственно предшествующего употребления. В подобных случаях диагноз синдрома отмены ставится, только если он оправдан достаточной тяжестью проявлений.

#### *Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием (F1x.4)*

Здесь, прежде всего, имеется в виду — «делириум тремор» — вызванное алкоголем кратковременное, но иногда опасное для жизни состояние спутанности с сопутствующими соматическими расстройствами. Он возникает обычно вследствие полного или частичного прекращения приема алкоголя у сильно зависимых лиц, употребляющих его в течение долгого времени. Начинается обычно после прекращения приема алкоголя.

Продромальные симптомы обычно включают бессонницу, дрожь и страх. Перед началом могут возникать судороги. Классическая триада симптомов включает помрачение и спутанность сознания, яркие галлюцинации и иллюзии, затрагивающие любую сферу чувств, и выраженный тремор. Также обычно присутствуют бред, ажитация, бессонница или инверсия цикла сна и повышенная активность вегетативной нервной системы.

#### *Психотическое расстройство (F1x.5)*

Расстройство, возникающее во время или непосредственно после употребления вещества, характеризующееся яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но часто затрагивающими более одной сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом и(или) идеями отношения (часто параноидного или персекуторного характера), психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза. Сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения, не переходящая в тяжелую спутанность. Расстройство обычно проходит, по крайней мере частично, в течение 1 месяца и полностью в течение 6 месяцев.

#### *Амнестический синдром (F1x.6)*

Синдром, связанный с хроническим выраженным нарушением памяти на недавние события; память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение сохраняется. Обычно присутствует нарушение чувства времени и порядка событий, а также способности к усвоению нового материала. Конфабуляции возможны, но не

обязательны. Другие познавательные функции обычно сравнительно хорошо сохранены, а дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений.

Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя или других психоактивных веществ, должен отвечать общим критериям органического амнестического синдрома. ***Первичные требования к диагнозу таковы:***

- нарушения памяти на недавние события (запоминание нового материала),
- нарушение чувства времени (перераспределение хронологической последовательности, смешивание повторявшихся событий в одно и т. д.);
- отсутствие нарушения непосредственного воспроизведения, нарушения сознания и общего нарушения познавательных функций;
- анамнез или объективные доказательства хронического (особенно в высоких дозах) употребления алкоголя или наркотиков.

Могут присутствовать также волевые изменения, часто с появлением апатии и потери инициативы; тенденция не заботиться о себе, но они не должны рассматриваться как обязательные для постановки диагноза.

Хотя конфабуляции могут быть выраженными, они не должны рассматриваться как необходимая предпосылка для диагноза.

*Резидуальные и отсроченные психотические расстройства (F1x.7) и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом (F1x.75)*

Расстройства, вызванные алкоголем или наркотиками, характеризующиеся изменениями познавательных функций, личности или поведения, которые продолжаются за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества. Возникновение расстройства должно прямо соотноситься с употреблением вещества. Случаи, когда начало расстройства происходит позднее чем эпизод (ы) употребления вещества, должны кодироваться здесь только при наличии ясных и убедительных доказательств их взаимосвязи. Расстройство должно являться изменением или выраженным усилением предыдущего и нормального состояния.

#### Клиника отдельных видов зависимостей

1. **Опиум** представляет собой сухое молочко из головок опиумного мака. Из опиума получают более 20 алкалоидов, наиболее известным из них является морфин. На его основе получают героин (диацетилморфин). К синтетическим опиатам относятся промедол, омнопон, метадон. Опиаты обычно вводят внутривенно. Эффекты: сильная эйфория, седация. Быстро формируется психическая и физическая зависимость. Толерантность растет в сотни раз по сравнению с первоначальной. Состояние отмены (ломка) протекает тяжело, характерными являются сильные суставные и мышечные боли. Смерть при передозировке происходит в результате остановки дыхания. Дифференциально-диагностическим признаком комы при передозировке опиатов служат узкие зрачки.

2. Препараты индийской конопли (**каннабиноиды**) имеют различную наркотическую активность в зависимости от содержания в них активного

вещества тетрагидроканнабинола (ТГК). Наиболее активная форма — гашиш представляет собой смолу, полученную из верхушек зрелой конопли. Препараты конопли курят, могут употреблять в пищу. Эффекты: эйфория, обострение восприятия, повышенная внушаемость и аппетит. В высоких дозах подобно галлюциногенам вызывает расстройства схемы тела, восприятия пространства и времени, иллюзии и галлюцинации. Формируется психическая зависимость. Толерантность растет незначительно. Физическая зависимость обычно не развивается. Часто экспериментирование на препаратах конопли не останавливается и переходит на более тяжелые наркотики.

3. **Кокаин** содержится в растении кока, произрастающего в Центральной Америке. Порошок кокаина вдыхается через нос, раствор вводится внутривенно, выщелоченную форму кокаина крэк курят или поджигают на фольге и вдыхают пары. По эффектам кокаин относится к психостимуляторам, вызывает сильную эйфорию, повышение умственной и физической работоспособности. Психическая зависимость сильно выражена. Отмечается рост толерантности. Развивается физическая зависимость.

4. **Галлюциногены** (психоделики, психодизлептики) — сборная группа из более 100 природных и синтетических препаратов, которые вызывают симптомы, напоминающие психоз. Наиболее известные из природных — это псилоцибин, получаемый из грибов, и мескалин, производимый из кактуса. А из синтетических — диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД-25) и галлюциногенный амфетамин метилендиоксиметамфетамин (МДМА) «экстази». Эффект зависит от психологических особенностей пользователя, его ожиданий и каждый раз непредсказуем. Обычно повышается интенсивность перцепции, отмечаются синестезии, расстройства схемы тела, нарушение восприятия пространства и времени, иллюзии и галлюцинации. Психическая зависимость слабая. Физическая зависимость отсутствует.

5. **Психостимуляторы** охватывают большую группу препаратов под общим названием амфетамины. Первым из них был синтезирован фенамин. В нашей стране распространена эфедроновая и первитиновая наркомания. Эти препараты получают путем кустарной переработки эфедринсодержащих препаратов. Эффекты: повышение настроения, умственной и физической работоспособности, снижение потребности в пище и сне. Формируется психическая зависимость. Отмечается рост толерантности. Физическая зависимость не развивается.

6. **Барбитураты** были синтезированы в начале века. Первыми препаратами из этой группы были барбитал (веронал) и фенобарбитал. Используются как снотворные и противосудорожные средства. Наиболее популярными на черном рынке являются амитал-натрий и секобарбитал. Состояние опьянения, вызванное барбитуратами, напоминает алкогольное опьянение. Формируется психическая и физическая зависимость, растет толерантность. Синдром отмены барбитуратов клинически схож с алкогольным абстинентным



синдромом, однако, чаще осложняется судорожными припадками. Хроническая интоксикация барбитуратами ведет к энцефалопатии.

*Сочетанное употребление психоактивных веществ (полинаркомания) предполагает существование зависимости от 2 и более веществ. Например: от героина и кокаина, опиатов и транквилизаторов.*

#### Синдром зависимости от алкоголя

**Алкоголизм** — хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками и характеризующаяся психической и физической зависимостью от алкоголя и приводящая к нарушению психического и физического здоровья, а также к социальной дезадаптации.

Согласно МКБ–10 зависимость от алкоголя диагностируется по тем же принципам, что и остальные зависимости. В основу отечественных классификаций положен клинико-динамический принцип.

#### **Формы употребления алкоголя (донозологический этап):**

- Абстиненты.
- Случайное пьянство (эпизодическое).
- Социальное пьянство.
- Привычное пьянство.

Каждая последующая форма бытового пьянства образуется из предыдущей, однако, возможна стабилизация на любом из этих этапов. На этапе привычного пьянства отмечаются признаки психической зависимости и рост толерантности. Он непосредственно может переходить в первую стадию алкоголизма.

#### **В динамике алкоголизма принято выделять 3 стадии:**

1. Стадия психической зависимости.
2. Стадия физической зависимости.
3. Энцефалопатическая.

Базовым синдромом *первой стадии* является психическая зависимость. Это значит, что алкоголь становится необходимым для поддержания нормального психического тонуса. Все мысли человека направлены на поиск возможности выпить. Диагностировать психическую зависимость достаточно сложно, так как больные вследствие алкогольной анозогнозии отрицают влечение к алкоголю.

Кроме синдрома психической зависимости для первой стадии характерно: повышение толерантности, утрата ситуационного и количественного контроля, исчезновение рвотного рефлекса, палимпсесты. Для этой стадии характерны частые, однократные выпивки, однако, возможны алкогольные эксцессы с пьянством по несколько дней.

На *второй стадии* имеют место симптомы, характерные для первой стадии. Базовым синдромом, на котором строится диагностика, является синдром физической зависимости. Проявляется физическая зависимость абстинентным (похмельным синдромом). В классическом виде алкогольный абстинентный синдром появляется после запоев через 12–24 часа после прекращения приема алкоголя. На протяжении всей стадии отмечается

максимальная толерантность «плато толерантности». Для этой стадии характерны псевдозапой. Начало и окончание эксцесса обусловлено внешними факторами. В их возникновении нет цикличности. На протяжении всего эксцесса толерантность максимальная. На этой стадии еще более чем на предыдущих вырисовываются проблемы, связанные с алкоголизмом: медицинские, социальные, правовые.

Для *третьей стадии* характерны основные симптомы предыдущих стадий, однако, они протекают в виде наиболее тяжелых клинических вариантов. Главным критерием разграничения 2 и 3 стадии является снижение толерантности. Сначала падает разовая толерантность при сохранении суммарной суточной, а затем падает и последняя. Для этой стадии характерны истинные запои, которые имеют циклический характер. Началу запоя предшествует аффективная фаза. В первые дни запоя толерантность максимальная, а затем постепенно падает вплоть до полной непереносимости алкоголя. На финальной стадии достигают максимальной выраженности проблемы, вызванные болезнью: алкогольная деградация, психоорганические нарушения, хронические соматические заболевания, психозы, полная социальная дезадаптация.

У женщин алкоголизм формируется быстрее и протекает злокачественно. Стадии болезни как бы наслаиваются друг на друга. В клинической картине большой удельный вес депрессивных расстройств. Как правило, больные обращаются за помощью на поздних этапах. Выражена социальная дезадаптация.

В подростковом и юношеском возрасте алкоголизм, как правило, протекает злокачественно. В пожилом возрасте, наоборот, наблюдается медленная динамика болезни. На первое место выступают соматические проблемы, ускоряются процессы старения.

### **Алкогольные психозы**

Алкогольные (металкагольные психозы) возникают не как прямое следствие хронического отравления алкоголем, а как результат эндогенной интоксикации вследствие поражения внутренних органов и нарушений метаболизма, вызванных алкоголем. Психозы возникают, как правило, не на высоте алкогольной интоксикации, а во время абстиненции, т. е. тогда, когда содержание алкоголя в крови резко снижается. Психозы чаще всего развиваются на третьей стадии алкоголизма, т. е. когда максимально выражены хронические соматические заболевания. Часто симптоматика в рамках алкогольных психозов смешанная, поэтому иногда употребляется термин алкогольная болезнь.

**-Алкогольный делирий** — психоз в форме галлюцинаторного помрачения сознания с преобладанием зрительных иллюзий и галлюцинаций образного бреда, сопровождаемого страхом, психомоторным возбуждением. Выделяют следующие клинические формы делириев: классический, редуцированный, атипичный, тяжелые (профессиональный и мусситирующий). Является наиболее распространенным психозом.

**-Алкогольный галлюциноз** — психоз с преобладанием слуховых галлюцинаций, часто сопровождается бредом и аффективными нарушениями и протекает на фоне ясного сознания. Это второй по частоте психоз. По течению выделяют острые, подострые и хронические варианты. По клинической картине — классические, редуцированные, смешанные, атипичные.

**-Алкогольный параноид** — психоз с преобладанием образного бреда, аффекта страха, двигательного возбуждения. Протекает в форме приступов различной продолжительности. В зависимости от особенностей клиники и продолжительности приступа выделяют: классический параноид, редуцированный, смешанный, атипичный, затяжной.

**-Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя)** — хронический психоз с преобладанием первичного паранойяльного бреда. Встречается исключительно у мужчин. Преимущественно у лиц, с психопатическими чертами характера, со склонностью к образованию сверхценных идей.

К алкогольным энцефалопатиям относится группа металкогольных психозов, сочетающая психические нарушения с соматическими и неврологическими расстройствами. В зависимости от остроты протекания психические нарушения определяются либо тяжелыми делириями и оглушением или разнообразными формами психоорганического синдрома.

Кроме перечисленных форм психозов выделяют психопатологические состояния при алкоголизме, куда относят алкогольную депрессию и алкогольную эпилепсию.

Токсикомании. Производственные, бытовые и лекарственные интоксикации

**-Бензодиазепины** включают группу из нескольких десятков препаратов. Наиболее известные: реланиум (диазепам), элениум. Обладают противотревожным, противосудорожным и седативным эффектами. В настоящее время врачи стали осторожнее относиться к их назначению в связи с риском развития зависимости от них. Психическая зависимость может сформироваться, если препарат применять в терапевтических дозах на протяжении 3–4 недель. Отмечается рост толерантности. Физическая зависимость, как правило, не развивается.

**-Летучие растворители:** бензин, ацетон, клей. Подавляющее большинство пользователей — дети и подростки. Ингаляция осуществляется при помощи смоченной веществом тряпки или полиэтиленового пакета, натянутого на голову. В ходе интоксикации пользователь испытывает эйфорию, головокружение, чувство невесомости, зрительные галлюцинации (мультики). Потенциально опасным является потребление веществ в заброшенных зданиях и подвалах. Острые и хронические отравления с поражением психических функций развиваются в результате поступления в организм многих видов токсических веществ и лекарств при их передозировке или необоснованном применении. Во всех случаях острых и

хронических отравлений в той или иной мере, прямо или косвенно, страдают функции ЦНС.

**Химических веществ, способных вызвать психопатологические состояния** довольно много и поэтому не представляется возможным дать подробное описание каждого из них. В качестве примера можно рассмотреть некоторые отравления, встречающиеся в быту и производственных условиях.

При отравлении атропином возникают делирий, маниакальные или депрессивные состояния. В тяжелых случаях возможны сопор и кома. Картина отравления сопровождается рядом соматических и неврологических расстройств, в частности тремором, судорожными подергиваниями отдельных мышечных групп, тахикардией, сухостью во рту, мидриаз, паралич аккомодации.

Отравление бензином: при остром отравлении наблюдаются эйфория или астения с головными болями, тошнотой, рвотой, затем делирий и онейроид, в последующем сопор и кома. Возможны судороги, параличи; тяжелые случаи могут закончиться летально.

Отравление окисью углерода: в остром периоде — оглушение, возможно развитие делирия. Через несколько дней или неделю после отравления на фоне кажущегося здоровья развиваются психопатоподобные расстройства, корсаковский синдром, явления афазии и агнозии, паркинсонизм.

Отравления ртутью: при хронической интоксикации — органические психопатоподобные расстройства с выраженной аффективной лабильностью, слабодушием, иногда эйфорией и снижением критики, в наиболее тяжелых случаях — с аспонтанностью, вялостью. Отмечаются дизартрия, атаксическая походка, тремор.

Отравления тетраэтилсвинцом проявляются выраженными астеническими расстройствами, брадикардией, снижением артериального давления, гипотермией, головными болями, головокружением, тошнотой, рвотой, повышенной саливацией, поносами, резкими болями в животе, потливостью. Значительное место в картине заболевания занимают гиперкинезы различной выраженности, интенционный тремор, подергивания отдельных мышечных групп, хореоформные движения, мышечная слабость, гипотония, атаксическая походка, симптом «постороннего тела во рту». При хронической интоксикации бывают псевдопаралитический и корсаковский синдромы.

При отравлениях хлорофосом характерны головная боль, тошнота, рвота, повышение артериального давления, судорожные явления и боль в мышцах, нарушения сознания (от легкой оглушенности до делириозного состояния) с последующим астеновегетативным синдромом.

#### Диагностика, лечение и профилактика зависимостей

Диагностический процесс начинается с первого контакта с пациентом и включает идентификацию пациента, идентификацию проблемы. В процессе скрининга у пациента выясняют характер употребления им психоактивных веществ, применяют инструменты скрининга. Если признаков проблемы у

пациента не обнаружено, то проводят первичную профилактику. При обнаружении признаков проблемы производится дальнейшая оценка с помощью скрининга индекса выраженности зависимости, исследования физического состояния, лабораторных данных. Затем производится анализ потребности в помощи, наличия защитных и адаптивных механизмов.

Мотивирующее интервьюирование представляет собой методику, целью которой является осознание пациентом проблемы и формирование внутренней потребности на включение в терапевтический процесс. Если эта потребность сформирована, то с пациентом обсуждают план лечения.

Обычно пациенты поступают в реабилитационные центры в состоянии медицинского кризиса (психозы, делирий, передозировка). Соответственно первым этапом терапии является оказание помощи в этих ситуациях. После преодоления кризиса пациент проходит этап детоксикации (дезинтоксикации) основной задачей которого является минимизация симптомов отмены. В некоторых странах стабилизация пациентов с зависимостью от опиатов проводится заместительной терапией метадонем. Подробнее на эту тему Вы можете получить информацию в методическом пособии по заместительной терапии опиоидной зависимости, имеющейся в библиотеке нашего университета. Из симптоматических средств применяют клонидин, бензодиазепины, акампросат, блокаторы кальциевых каналов.

Следующий этап — реабилитация. Задача этого этапа — восстановить стиль жизни без психоактивных веществ. Достигается это психотерапевтическими методами (в основном используются когнитивно — бихевиоральные подходы), которые направлены на выработку альтернативного поведения и защиту от триггеров. Триггером может являться, например, нереализованное чувство гнева. В этом случае задача состоит в том, чтобы научить пациента проявлять агрессию в приемлемых формах. Если это удалось, то следующий этап — профилактика рецидивов. Включает в себя серию биопсихосоциальных вмешательств. Медикаментозная поддержка (налтрексон, акампросат), психотерапевтические мероприятия, направленные на сохранение мотивации, оптимизация физического и социального функционирования, постоянный мониторинг. Курс лечения в лечебном учреждении индивидуален: от 3 месяцев до 1,5 лет. В настоящее время в мире признано, что вылечить зависимость практически очень сложно, поэтому нужно минимизировать неблагоприятные последствия, связанные с ней как для пользователя, так и для общества в целом. Разработана концепция снижения вреда. Примером мероприятий в рамках этой концепции может быть программа обмена одноразовых шприцев для шприцевых наркоманов.