Составители: Габбасова Э.Р., Дереча В.А., Киреева Д.С.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

**Модуль 2. Особенности зависимого поведения при отдельных видах зависимости**

**Тема №1.**

**Тема:** Зависимое поведение при употреблении ПАВ («химическая» зависимость).

**Вопросы:**

1. Понятие ПАВ.
2. Факторы формирования химических зависимостей.
3. Признаки начального (донозологического) этапа зависимости от ПАВ и развившего синдрома зависимости.
4. Состояние отмены.
5. Расстройства личности при зависимостях от ПАВ (расстройства личности преимущественно в сфере ресурсов, расстройства личности преимущественно в когнитивной сфере, расстройства личности преимущественно в сфере характера, расстройства личности преимущественно в сфере ее самосознания, содержания и жизненных смыслов).
6. Расстройства умственных способностей при зависимостях от ПАВ.

**Основные понятия темы:**психоактивные вещества (ПАВ), наркотики, токсикоманические вещества, донозологический этап зависимости от ПАВ, синдром зависимости от ПАВ, состояние отмены (абстинентный синдром), алкоголизм, синдром зависимости, синдром измененной реактивности, наркомания, наркологические симптомы, большой наркоманический синдром, «дизайнерские» наркотики, токсикомания, медицинские токсикоманические вещества, нелекарственный токсикоманические вещества.

**Теоретический материал к Модулю 2 к теме 1:**

1. **Понятие ПАВ. Суть химической зависимости.**

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

По медицинским, социальным и юридическим критериям ПАВ условно разделяется на 3 группы:

-алкоголь (этанол, винный спирт);

-наркотики (героин, кокаин и др.);

-токсикоманические вещества (кофеин, никотин, летучие органические растворители и др.).

Общее между ними – то, что ко всем из них формируется пристрастие, а затем и зависимость: к одним – медленно, на протяжении месяцев и лет, к другим – быстрее, а к третьим – очень быстро, уже после одного-трех употреблений. Многое при этом зависит от первых впечатлений, а они в свою очередь определяются типом вещества, правильно подобранной его дозой, способом введения в организм, спецификой ситуации употребления, общим настроем, предваряющими внушениями тех, кто уже имеет опыт употребления, состоянием организма и эмоциональной сферы и т.д. Чем приятнее первые впечатления, тем вероятнее повторное употребление, особенно если будет происходить в том же окружении, при тех же или сходных обстоятельствах.

Степень тяжести химической зависимости определяется в первую очередь типом психоактивного вещества. Химическая природа вещества влияет также на скорость формирования зависимости и на ее физические и психологические последствия. Однако безвредных ПАВ не существует. Лишь с большой долей условности их можно разделить на препараты «легкие», «умеренной тяжести», «тяжелые» и «сверхтяжелые». Но в то же время «легкий» кофеин может привести к глубоким психическим расстройствам. Общеизвестны последствия острой и хронической интоксикации никотином. Все знают также, что злоупотребление алкоголем приводит к очень широкому кругу всевозможных медицинских последствий – прямых и косвенных.

Диапазон влияния ПАВ на организм в целом и на эмоциональную сферу, в частности, - очень широкий. Причем это относится как к кофеину и табаку, так и к героину и кокаину. Особая тяжесть последствий употребления ПАВ связана не только с тем, что они формируют химическую зависимость. Наряду с зависимостью, системно (!) разрушается весь организм. Хроническое употребление ПАВ, какими бы легкими они не казались, приводит к нарушениям нервной системы и психики, к эмоциональной неустойчивости и глубоким колебаниям настроения, к изменениям характера и личности вплоть до ее снижения и социальной деградации, к нарушениям памяти и интеллекта, болезням печени и других органов, ведут к возникновению психозов и опасных для жизни токсических состояний. В МКБ-10 (F10 – F19) они обозначены как «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ».

Однако наряду с расстройствами психики и личности зависимости от ряда ПАВ сопровождаются многими другими тяжелыми и опасными заболеваниями: СПИДом, вирусными гепатитами, туберкулезом, венерическими заболеваниями и т.п. Наряду с этим нередко наличествует асоциальный образ жизни и такие деяния, как продажа наркотиков и вовлечение других лиц, нападения и грабеж, воровство, кража со взломом, проституция, убийства и самоубийства, насилие в семье, заброшенные дети и мн.т.п.

**Суть химической зависимости.**

Психоактивные вещества, поступая в организм, способны включаться в тончайшие механизмы высшей нервной деятельности – особенно тех ее звеньев, которые обеспечивают регуляцию эмоций и которые ответственны за формирование различных оттенков настроения и общего самочувствия. Собственно психологическая активность этих веществ тем и обусловлена, что их химическое устройство соответствует либо природным процессам в центральной нервной системе, либо – специальным воспринимающим аппаратам (рецепторам) головного мозга и веществам, участвующим в нейромедиации и нейромодуляции, т.е. в передаче и видоизменении нервных импульсов.

Вещества, подобные психоактивным средствам, имеются в организме и они необходимы для процессов жизнедеятельности и функционирования. Однако количество (концентрация) таких эндогенных (внутренних) веществ настолько мала, ровно насколько это нужно для нормальной саморегуляции и обеспечения гомеостазиса, т.е. стабильного состояния организма и настроения. При поступлении ПАВ из вне (экзогенно) организм, с одной стороны, активирует все свои системы ускоренной переработки этих веществ и их детоксикации. С другой стороны, вынужденно перестраиваются воспринимающие (рецепторные) образования клеток головного мозга. Количество рецепторов увеличивается, поскольку концентрация ПАВ вследствие их поступления из вне во много раз превосходит природный уровень внутренних ПАВ.

Со временем мозг и весь организм, все системы обмена веществ, механизмы поддержания и обеспечения жизни перестраиваются настолько, что в дальнейшем теряют способность нормально функционировать при отсутствии или очень малом количестве тех ПАВ, к высокой концентрации которых организм привык. Отсутствие нужного вещества аналогично пищевому голоду или жажде при потребности в воде, но значительно сложнее и глубже, поскольку оно системнее, т.е. одновременно сказывается на всем. В выраженных зависимостях лишение алкоголя или наркотика (синдром отмены, абстиненция от фр.absans, отсутствие) может привести к психозу, тяжелейшим общим расстройствам (в т.ч. с болевым синдромом) и может быть даже несовместимым с жизнью: без психоактивного вещества организм уже не только не может чувствовать себя комфортно, но даже не может существовать физически.

В этом, собственно, и состоит **суть химической зависимости.** Она неизбежно становится физической, хотя и с разной глубиной организменных изменений при разных веществах. Психологическая сторона химической зависимости заключается в переживании субъектом чувства потребности в ПАВ, в наличии патологического влечения к ПАВ, в пленении личности и в ее несвободе: зависимость управляет поведением больного.)

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Факторы формирования химических зависимостей.**

**Причины химических зависимостей и влечение к психоактивным веществам**

Природной потребности в ПАВ у людей не существует, она формируется путем многократного употребления ПАВ и соответствующей перестройки организма. Поэтому трудно найти полные и убедительные ответы на вопрос, почему же люди начинают употреблять ПАВ, а затем упорно их принимают, в основном зная и понимая, что разрушают себя. Какой-то единый ответ на этот вопрос дать невозможно, однако доказано, что ***важнейшими причинными факторами формирования химических зависимостей являются:***

-доступность ПАВ;

-давление тех, кто уже к ним приобщился и (или) кто заинтересован в торговле ими;

-социальные факторы (терпимость общества или даже его безразличие; явная и скрытая реклама; искривление культуры и насаждение развлекательной и потребительской субкультуры, бездуховности и гедонизма, т.е. стремления к усладам и удовольствиям).

Индивидуальные особенности личности и организма субъекта влияют не столько на само приобщение к ПАВ, сколько на выбор препаратов и предпочтение одних веществ другим. Однако и животные при свободном доступе к ПАВ склонны их употреблять. Поэтому основная причина химической зависимости – нейробиологическая: наличие головного мозга с эмоциональными центрами и механизмами. Стоит однажды попробовать, испытать удовольствие и затем вновь и вновь будет хотеться повторить эту приятность.

***Причины формирования привычки употреблять ПАВ:***

-коммуникативные (общение, подражание, совместное веселье, общее времяпрепровождение);

-ритуальные (обычаи, традиции, вкусы, взгляды, установившийся порядок, субкультура);

-стрессовые состояния (эмоциональный или болевой шок, потрясения и переживания, голод и холод, расстройства и волнения);

-рискованные ситуации (страх, опасность, азарт, вовлеченность);

-депрессия любого происхождения;

-конфликты (межличностные и социальные, а также внутриличностные);

-давление со стороны распространителей ПАВ (торговля, реклама, вовлечение);

-любопытство.

Привыкание к ПАВ – это еще не зависимость, но уже патологическое потребление вещества, поскольку оно снижает адаптивные возможности субъекта, создает определенные жизненные проблемы и ведет нередко к различным видам вреда (дорожно-транспортным происшествиям, отравлениям, правонарушениям, осложнениям наличествующих заболеваний и т.п.).

Поэтому имеет смысл выделять начальный период зависимости – так называемый инициальный или пренозологический этап.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Факторы риска злоупотребления ПАВ и защитные факторы (из интернета)**

Под *факторами риска* понимаются условия, предрасполагающие к употреблению психоактивных веществ и формированию наркомании.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения разработали обобщенную классификацию факторов риска наркотизации в зависимости от уровня их проявления. Выделяют четыре уровня проявления факторов риска:

1. Биофизиологический
2. Индивидуально-психологический
3. Микросоциальный
4. Макросоциальный

Рассмотрим подробнее факторы риска приобщения к психоактивным веществам и формирования зависимости от них, проявляющихся на каждом из вышеперечисленных уровней. При этом, поскольку злоупотребление ПАВ может рассматриваться как частный случай девиантного поведения, факторами риска его возникновения автоматически считаются факторы риска формирования любой поведенческой девиации. Общие факторы риска мы будем называть «неспецифическими». Важность учета неспецифических факторов риска злоупотребления ПАВ в профилактической работе неоднократно подчеркивалась исследователями, поскольку, если ведется изолированная работа по профилактике только аддиктивного поведения, то «создаваемое массивом факторов риска, напряжение найдет другой выход. Девиантное поведение примет вид не аддиктивного, а, к примеру, суицидального...»[[1]](#footnote-1) . «Специфическими» факторами риска злоупотребления ПАВ будут считаться факторы, влияние которых обусловливает специфику злоупотребления ПАВ по сравнению с другими формами отклоняющегося поведения.

*Биофизиологические факторы риска наркотизации*

К этой группе факторов риска наркотизации относятся:

1. Неспецифические факторы риска

* Органические поражения головного мозга.
* Хронические соматические заболевания.

2. Специфические факторы риска злоупотребления ПАВ:

* Генетическая предрасположенность к употреблению психоактивных веществ
* Наследственность, отягощенная наркологическими заболеваниями.
* Изменение межполушарной ассиметрии мозга.
* Низкая степень изначальной толерантности.
* Потенциал употребляемого вещества по отношению к формированию зависимости.

Перейдем к рассмотрению факторов риска, проявляющихся на следующем, *индивидуально-психологическом, уровне.*

Исследуя *индивидуально-психологические факторы риска*, специалисты приходят к мнению, что особенности личностной патологии и личного опыта могут обусловливать «неполноценный образ жизни и соответствующую тягу к его компенсации за счет искусственной регуляции своего психоэмоционального состояния с помощью психоактивных средств...»[[2]](#footnote-2) Пожалуй, до настоящего времени большинство исследований, посвященных выявлению факторов риска наркотизации, акцентируют внимание на *психопатологических* и *патопсихологических* факторах риска, относящихся к рассматриваемому уровню.

Наиболее часто исследователи отмечают связь склонности к употреблению психоактивных веществ и формирования зависимого поведения с *акцентуациями характера*. В рамках психоаналитического подхода получила развитие идея формирования *пограничной* и *нарциссической* личности как предиспозиции злоупотребления ПАВ.

Однако в настоящее время в зарубежной и отечественной превентивной наркологии и педагогике все большее распространение получает мнение, что «предрасположение к зависимости кроется не в конкретном спектре акцентуаций характера и психопатий, но в отдельных «слабых звеньях» личностной структуры. (Руководство..., 2002). В этом случае патологическое влечение к психоактивному веществу выполняет задачу компенсации личностных аномалий, защищая уязвимые места личности. Естественно, что такая компенсация является суррогатной, патологической, при которой «психоактивное вещество выступает несовершенным, чреватым пагубными последствиями модулятором психического состояния»[[3]](#footnote-3).

Такими «слабыми звеньями» личности являются:

* стойкие нарушения саморегуляции и самоконтроля, трудности регуляции собственного поведения, прогнозирования последствий собственных действий
* проблемы *самооценки (неустойчивая, зависимая от сиюминутного положения, неаргументированная и поляризованная самооценка, формирование которой восходит к самым ранним этапам развития личности.*);
* недостаток самоуважения;
* снижение мотивации достижений;
* низкая способность к *рефлексии* и заботе о себе;
* незрелость эмоционально-волевой сферы;
* стойкие нарушения аффективной (эмоциональной) сферы, проявляющиеся явлениями *алекситимии*, высокой эмоциональной лабильности, *«негативной» аффективности,* низким уровнем развития способности к сопереживанию*;*
* неполноценная психосексуальная организация;
* агрессивность и нетерпимость;
* склонность к регрессивному поведению;
* *отсутствие* стремления быть в обществе других людей, неспособность к межличностному общению;
* подчиненность среде;
* неадекватное *восприятие социальной поддержки*;

слабые адаптационные способности, дезадаптивные стратегии *копинг-поведения*

Специфическим индивидуально-психологическим фактором риска злоупотребления ПАВ можно считать:

* установку на употребление ПАВ;
* факт употребления психоактивных веществ.

Факторы риска биофизиологического и индивидуально-психологического уровней являются проявлением риска, «идущего изнутри». Рассмотрим теперь факторы риска, исходящие извне, средовые факторы риска.

*Социальные факторы риска наркотизации* – это условия жизни человека в различных социальных общностях и особенности функционирования самого общества, которые способствуют вовлечению в наркотизацию.

Эти условия можно разделить в зависимости от уровня общности, в которой они проявляются, на следующие группы:

*Макросоциальные факторы риска* наркотизации – условия, характеризующие функционирование общества в целом (проявляющиеся на уровне страны и мирового сообщества)

*Микросоциальные факторы риска*наркотизации – условия, характеризующие ближайшее окружение ребенка и подростка (семья, образовательное учреждение, досуговые учреждения, социальное окружение по месту жительства и т.д.).

Рассмотрим сначала факторы риска наркотизации, относящиеся к макросоциальному уровню. По мнению ряда авторов (В.Д Лисовский с соавт.., 2001; Социальная работа в наркологии..., 1994; Предупреждение подростковой и юношеской наркомании...;, 2000) в социальном плане факторы риска наркотизации этого уровня являются решающими, “поскольку деформации на микросоциальном, а во многом и на индивидуально-психологическом уровнях, связаны с социальными кризисами и другими социальными явлениями в рамках общества”[[4]](#footnote-4)

Обозначим наиболее значимые, по мнению исследователей, макросоциальные факторы риска. Общими для разных форм девиации будут следующие макросоциальные факторы риска:

* ухудшение социально-экономической ситуации в стране;
* ценностный плюрализм;

Специфическими факторами риска злоупотребления психоактивными веществами, проявляющимися на макросоциальном уровне являются:

* доступность психоактивных веществ;
* мода на употребление психоактивных веществ;
* несовершенство законодательных норм в отношении употребления ПАВ, а также несоблюдение существующих антинаркотических законов;
* традиции общества, связанные с употреблением ПАВ.

Рассмотрим теперь *микросоциальные факторы риска злоупотребления ПАВ,*относящиеся к опыту жизнедеятельности в трех наиболее значимых для ребенка общностях – в семье, в учреждении образования, среди сверстников:

Значимыми неспецифическими факторами риска наркотизации **в семье** являются:

* несоблюдение членами семьи социальных норм и правил;
* неправильные воспитательные стили: гиперопека, гипоопека, противоречивое воспитание (отсутствие устойчивой системы наказаний и поощрений), завышенные требования родителей (чаще матери) к ребенку;
* воспитание одним родителем (в неполной семье);
* наличие хронических семейных конфликтов;
* постоянная занятость родителей.

Специфическим фактором риска формирования аддикции и химической зависимости является злоупотребление ПАВ в семье.

В **образовательном учреждении** могут проявляться следующие неспецифические факторы риска злоупотребления ПАВ:

* раннее асоциальное поведение в образовательном учреждении;
* академическая неуспеваемость, особенно начавшаяся в начальных классах;
* конфликтные отношения со сверстниками и педагогами.

Специфическими факторами риска являются употребление ПАВ на территории образовательном учреждении, а также терпимое отношение администрации к употреблению психоактивных веществ (в том числе курения) учащимися и педагогами.

**В среде сверстников** могут проявляться такие неспецифические факторы риска злоупотребления психоактивными веществами, как:

* наличие в ближайшем окружении ребенка или подростка лиц с девиантным поведением;
* отчуждение или конфликтные взаимоотношения со сверстниками;

Специфическими факторами риска развития аддикции, проявляющимися в сфере общения со сверстниками, можно считать:

* одобрение наркотизации в ближайшем окружении ребенка;
* наличие в ближайшем окружении ребенка или подростка лиц, употребляющих ПАВ

Подводя некоторый итог, можно отметить, что риск приобщения ребенка и подростка к употреблению психоактивных веществ может исходить как изнутри (биофизиологические, индивидуально-психологические факторы риска наркотизации), так и извне (микро- и макросоциальные факторы риска). Вероятность вовлечения ребенка или подростка в наркотизацию определяется всей совокупностью (комплексом) воздействующих условий.

Знание конкретных факторов риска наркотизации позволяет выявить детей и подростков группы повышенного риска наркотизации (при определении степени риска особое значение имеют биофизиологические и формирующиеся на их основе индивидуально-психологические факторы). Кроме того, приведенные выше факторы риска наркотизации определяют цели и задачи антинаркотической работы в образовательном учреждении. Иными словами, профилактика злоупотребления ПАВ в школе направлена на снижение влияния факторов риска наркотизации и укрепление защитных факторов.

Рассмотрим теперь факторы защиты от возможной наркотизации

***Защитные факторы*** – это условия, препятствующие злоупотреблению психоактивными веществами.

Следует отметить, что ряд специалистов (Preventing drug abuse among children and adolescents, 1999; В.В.Шабалина, 2001) отмечает, что защитных от наркотизации факторов гораздо меньше, чем факторов риска, и их перечень с точки зрения социального, биологического и психологического аспектов жизнедеятельности человека не может быть определен так четко и однозначно, как перечень факторов риска.

Обобщая данные отечественных и зарубежных авторов, рассмотрим внутренние и внешние защитные факторы, проявляющиеся на уровне личности и на уровне наиболее значимых общностей, в которые входит ребенок.

Начнем с *личностных защитных факторов***.** При рассмотрении защитных факторов, проявляющихся на уровне личности, исследователи сосредотачивают внимание в основном на условиях, препятствующих приобщению к ПАВ и формированию аддиктивного и зависимого поведения, которые можно условно объединить в две группы. Первую группу защитных факторов составляют условия гармоничного развития личности ребенка и его успешной социализации, другую – специфические антинаркотические установки, получившие также название *внутриличностный антинаркотический барьер*.

*Гармоничное развитие личности* как защитный фактор по отношению к возможности наркотизации.

Согласно современному каузальному подходу к профилактике злоупотребления ПАВ, гармоничная, развития личность не нуждается в приеме ПАВ для удовлетворения своих насущных потребностей. Уходу в наркотизацию противопоставляется самореализация личности в обществе, раскрытие ее потенциальных возможностей в социально-приемлемом русле. Стратегическая задача профилактической деятельности при этом состоит в том, чтобы создавать и поддерживать оптимальные условия развития личности. Это условия оптимального удовлетворения актуальных потребностей человека социально-приемлемыми способами. Речь идет не только об обеспечении оптимальных условий психофизического развития ребенка (полноценный уход и здоровьесберегающие педагогические технологии). Необходимо помнить, что удовлетворение потребностей ребенка приводит к низведению их лишь на уровень «условий, а не внутренних источников развития личности: личность не может развиваться в рамках потребностей, ее развития предполагает смещение потребности на **созидание,** которое не имеет границ»[[5]](#footnote-5) . Это положение имеет принципиальное значение для работы по профилактике злоупотребления ПАВ с детьми и подростками. Поскольку злоупотребление психоактивными веществами рассматривается в рамках аутодеструктивного (саморазрушающего) поведения, одной из наиболее важных стратегических задач профилактики – создание условий для развития в ребенке «Внутреннего Созидателя». Развитие в ребенке созидающей личности подразумевает способность воспитателя распознать в «разрушительных» симптомах (немотивированной агрессии, тревожности, психосоматических расстройствах) ресурс созидательной энергии, уметь перенаправить эту энергию в позитивное русло. Эта идея является центральной в разработанной нами профилактической программе.

Человек не может стать личностью вне социума. Еще А.Н. Леонтьев (1975) указывал, что личность – это особое качество, которое индивид приобретает в обществе, в совокупности отношений, общественных по своей природе, в которые индивид вовлекается Поэтому благоприятные *условия для успешной социализации* являются значимыми защитными факторами по отношению к возможности вовлечения в наркотизацию.

*Социализация* предполагает взаимодополняющие процессы *адаптации* к социо-культурному окружению и проявления уникальности личности в обществе.

Успешная социализация предполагает хорошее ролевое развитие и формирование социальной компетенции.

*Ролевое развитие* – умение принимать роли, различные по статусу и содержанию, не принимая при этом патологических ролей.

Создание благоприятных условий для хорошего ролевого развития является важным направление работы по профилактике злоупотребления ПАВ с аномальными детьми младшего школьного возраста, поскольку именно на этот возрастной период приходится интенсивное ролевое развитие.

Под *социальной компетентностью* понимается состояние равновесия личности и социального окружения, развитие у человека навыков, достаточных для выполнения задач, присущих тому жизненному периоду, в котором этот человек находится. На теорию социальной компетенции опирается многие зарубежные программы профилактики злоупотребления психоактивными веществами.

Итак, защитными факторами по отношению к возможности вовлечения в наркотизацию являются условия гармоничного развития личности, с опорой на ее созидательный потенциал и успешной социализации ребенка. Профилактическая работа, ориентированная на эти факторы соответствует современным требованиям к профилактике злоупотребления психоактивными веществами, так как создание и поддержание этих условий позволяет с достаточной степенью уверенности говорить о предотвращении любых форм девиантного и аутодеструктивного поведения.

Следующая группа защитных факторов связана с формирование и развитием прочных *антинаркотических установок*, обеспечивающих реализацию поведения в рамках здорового и безопасного образа жизни.

В структуре антинаркотических установок выделяется информационный, оценочный и формирующийся на их основе поведенческий компонент. Таким образом, профилактическая работа должна предполагать формирование у детей и подростков необходимых знаний о психоактивных веществах и последствиях их употребления, оценку полученной информации и выработку на ее основе безопасного и ответственного поведения. Эти направления профилактической работы с детьми и подростками являются решением так называемых специфических задач профилактики наркозависимости.

Таким образом, мы рассмотрели защитные факторы, проявляющиеся на уровне отдельно личности. Теперь обратимся к факторам защиты от наркотизации,связанным с общностями, в которые входит ребенок.

Специалисты NIDA (National Institute on Drug Abuse) рассматривают факторы защиты, характеризующие общности, в которые включается ребенок и подросток (с опорой на эти факторы ведется профилактическая работа в США)

**Семейные** протективные факторы:

* крепкие семейные узы;
* активная роль родителей в жизни детей;
* понимание проблем и личных забот детей;
* ясные правила, стандарты внутри семьи, постоянные обязанности (система поощрений эффективней системы наказаний).

Факторы защиты, проявляющиеся **в образовательном учреждении**:

* повышение общего качества обучения, усиление связи учащихся со школой;
* успешное участие в общественных мероприятиях;
* поощрение, вознаграждение за хорошее поведение, успехи в учебе, мероприятиях;
* негативное отношение к употреблению ПАВ, понимание последствий употребления;
* сформированное неодобрительное отношение к употреблению ПАВ своими друзьями, знакомыми, сверстниками.

**В среде сверстников** могут проявляться такие протективные факторы, как:

* позитивные отношения со сверстниками;
* негативное отношение к употреблению ПАВ в группе значимых сверстников;

Защитные факторы, **связанные с местом жительства**:

* усиление общественных антинаркотических норм;
* ужесточение законов о рекламе ПАВ в СМИ и на рекламных щитах;
* создание безнаркотических зон вокруг образовательного учреждения, во дворах.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Признаки начального (донозологического) этапа зависимости от ПАВ и развившего синдрома зависимости.**

***Признаки начального этапа зависимости от ПАВ:***

-эпизодическое употребление ПАВ без наличия какой-либо регулярности и системности;

-отсутствие самопроизвольных обострений влечения (тяги, потребности) к ПАВ;

-появление влечения к ПАВ в специфических ситуациях употребления ПАВ (застолье, веселье, привычная группа людей и т.п.);

-начальные признаки изменений в привычном образе жизни: частые уходы из дома с длительным отсутствием; участившиеся состояния необычного настроения; снижение интереса к прежним занятиям, особенно – к учебе, работе; снижение внимания к родным и близким; изменения характера и манер поведения;

-начальные признаки зависимости от актуальной среды и определенной группы людей;

-продолжение отношений с данной средой, несмотря на появившиеся конфликты с родными, появившиеся проблемы в семье, учебе, работе;

-продолжение употребления ПАВ, несмотря на появившиеся проблемы со здоровьем;

-появление специфических форм психологической защиты: ложь, обман, манипулирование, оправдывание, всевозможные объяснения, уходы, протесты, стремление к эмансипации;

-отсутствие чувства угрозы болезни: потребителю ПАВ кажется, что он по-прежнему контролирует всю жизненную ситуацию и что «в любой момент, когда захочет» сможет прекратить употребление ПАВ;

-появление признаков вегетативных дисфункций и отклонений в системе «сон-бодрствование»: снижение выносливости и работоспособности; колебания аппетита; эпизоды жажды; нарушения сна; сосудистая дистония и т.п.

***Признаки развившегося синдрома зависимости:***

-самопроизвольная потребность в привычном психоактивном веществе, сильное к нему влечение;

-чувство наличия у себя патологической потребности в определенном веществе и желания продолжать его употребление;

-потребность учащать частоту приемов препарата на протяжении месяца, недели, суток, а также повышать дозу приемов и усиливать способы введения вещества в организм (т.е. рост толерантности);

-безуспешность попыток контролировать прием вещества со снижением или утратой чувства меры, чувства ситуации, со снижением или утратой способности к совладанию с собою и своим влечением к ПАВ;

-установление определенной регулярности и систематичности употребления желанного вещества (или желанных веществ – при полизависимости);

-продолжение употребления, несмотря на явные серьезные последствия для здоровья, семейного благополучия, социального положения;

-нарастающие нарушения со стороны нервной системы, внутренних органов, обмена веществ, сексуальных функций;

-нарастающие органические изменения со стороны памяти, мышления, интеллекта;

-нарастающее разрушение личности с вытеснением нормальных запросов и установок и заполнение личностного самосознания, времени и чувств острой потребностью в ПАВ;

-сформировавшийся образ жизни, главными в котором являются поиск нужного вещества, его употребление, а затем – восстановление себя;

-наличие синдрома отмены, т.е. особо тяжелые страдания души и тела в периоды отсутствия препарата в организме (абстинентный синдром).

При разных ПАВ необходимы разные периоды времени от первых проб препаратов до привычки и зависимости. Однако чем активнее вещество, тем быстрее созревают механизмы зависимости. Важно понимать, что они вначале существуют латентно, скрыто, что создает у потребителя ПАВ иллюзию свободы: ему кажется, что он руководит своим поведением и может в любой момент ограничить себя, отказаться от вещества, еще раз принять испытать удовольствие, а затем насовсем прекратить его употребление. Такое заблуждение подводит подавляющее большинство потребителей ПАВ и лишь немногие из них своевременно обращаются за лечебной помощью, осознав свою неспособность самостоятельно отказаться от ПАВ. У остальных раньше или позже наступает прозрение, когда все сильнее дает себя знать тяга к веществу. Как сказал один больной: «и много мук душевных и телесных опять влекут меня туда». Однако влечет не только сама по себе химическая зависимость, но и соответствующая среда, от которой потребитель ПАВ также зависим.

В русском языке зависимость обозначается такими словами как потребность, желание, хотение, влечение. Эти состояния то усиливаются, то ослабляются, но на высоте напряжения (обострения, актуализации) достигают степени тяги, голода, жажды, стремления – вплоть до безумной одержимости (мании). Это сложнейшее организменное состояние с комплексом кричащих и вопящих потребностных ощущений, овладевающих мыслями, чувствами, настроением и повелительно изменяющих все поведение больного. Не следует думать, что это относится только к наркотической зависимости. Так вести себя могут и курильщик и алкогольнозависимый; испытав, например, глубокой ночью острую потребность в соответствующем веществе, они двинутся на его поиск, преодолевая любые препятствия.

В англоязычной литературе подобное состояние обозначается термином «craving» (крэйвинг), в который вкладывается смысл «срочного желания», «непреодолимого импульса», «импульсивной срочности», т.е. как острый голод и сильная жажда. Всемирная организация здравоохранения определила craving, как «сильный субъективный импульс к употреблению вещества…». Однако у разных лиц и по отношению к веществам различных групп craving сильно отличается своими компонентами и своими нюансами. Так, например, при героиновой зависимости наряду с «аппетитом» на эйфорию («кайф») сильно выражен страх перед возможной абстиненцией с «ломкой». Одна из телевизионных реклам, призывающая регулярно пить кофе, невольно демонстрирует, что craving при кофеинизме проявляется потребностью уйти в мир мечты, фантазий и всего того, что «только начинается», а без этого пристрастившиеся к кофе молодые супруги уже не понимают друг друга: как только появилось недопонимание, супруга говорит – «все, я пошла делать кофе!». Так же и при кокаиновой мании нет страха перед абстиненцией, но сильно выражен «аппетит» испытать чувство интеллектуального взлета, хотя зависимый знает по опыту, что его умственная продуктивность от этого нисколько не возрастает и в целом даже снижается. При употреблении психотомиметиков, т.е. галлюциногенов, тянет испытать гамму необычных, фантастически причудливых ощущений, восприятий, идей, порождающих общее ложное чувство творческого вдохновения, озарения, экзистенциального проникновения, философического настроя. Есть вещества, которые влекут обещанием глубокого сладостного расслабления с отрешением от всего и вся, а есть такие препараты, которые активируют и «дают» чувство смелости, уверенности, агрессивности. Дети, «нюхающие» пары органических растворителей, стремятся «увидеть мультики».

Чем примитивнее и ограниченнее личность субъекта, ищущего удовольствие в психоактивном веществе, тем беднее его «запрос» к этому веществу. Личности более развитые тешат себя иллюзией, что в приеме того или иного препарата они якобы находят возможность удовлетворить свои некие «возвышенные» запросы. В действительности раскраска химического опьянения, его нюансировка и аранжировка, конечно, во многом зависят от типа вещества. Однако общее личностное впечатление определяется все-таки прежде всего богатством самой личности потребителя и ее ресурсов к фантазии и воображению. Когда эта личность деградирует и утратит свои умственные ресурсы, то никакое вещество не сможет породить желаемую гамму ощущений и картинку чувств.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Состояние отмены.**

**Состояние отмены** или абстинентный синдром является одним из проявлений зависимости, а именно – зависимости глубокой. Важно не смешивать с состоянием отмены «простое похмелье», т.е. постинтоксикационный синдром вследствие предшествовавших сильных опьянений с высокой интоксикацией.

Абстинентные расстройства обусловлены не последствиями отравления как такового, а резким снижением содержания в организме нужного психоактивного вещества. Принятие этого вещества устраняет нарушения отмены.

Условно можно выделить несколько стадий глубины и сложности абстинентного синдрома:

* в форме слабости, озноба, потливости, бессонницы, дрожания языка, век, рук, изменения ширины зрачков, тошноты, недомогания (астено-вегетативный вариант);
* с присоединением к названным нарушениям сердечно-сосудистых расстройств, желудочно-кишечных дисфункций и отклонений со стороны других внутренних органов (висцеральная форма);
* появление мышечных болей, изменения со стороны нервной системы, сильная головная боль, глазодвигательные нарушения, судороги и судорожные припадки, изменения сознания (церебральный вариант, способный осложниться опасным для жизни отеком головного мозга);
* нарушения ориентировки, психическое и двигательное беспокойство, иллюзии и галлюцинации, бред (психотическая форма, завершающаяся нередко переходом в развернутый острый психоз).

Каждому из ПАВ присущи свои специфические симптомы абстиненции. Тем не менее они схожи при некоторых группах ПАВ.

***В состояниях отмены алкоголя, седативных и снотворных средств наблюдаются:***

* тремор языка, век и (или) вытянутых рук;
* потливость, озноб, слабость, недомогание;
* головная боль, бессонница;
* тошнота и (или) рвота;
* учащение пульса, перепады давления крови;
* возможны галлюцинации, иллюзии, судорожные припадки.

***Симптомы отмены опиоидов:***

* сильное желание принять наркотик;
* насморк, чихание, слезотечение;
* диарея, тошнота, рвота;
* озноб с гусиной кожей;
* расширение зрачков;
* зевота;
* беспокойный сон;
* мышечные боли, боли в животе, судороги.

***При отмене кокаина и других стимуляторов, включая кофеин, могут быть:***

* летаргия (патологический сон) и усталость;
* психическая и двигательная заторможенность или возбуждение;
* сильное желание принять стимулятор;
* повышенный аппетит;
* бессонница или повышенная сонливость;
* причудливые или неприятные сновидения.

***При состояниях отмены табака присутствуют:***

* сильное желание закурить;
* раздражительность, нервозность;
* усиленный кашель, бессонница;
* недомогание, трудности в сосредочении;
* повышенный аппетит.

При зависимости от любого типа ПАВ возможно осложнение синдрома отмены висцеральными, неврологическими, церебральными и психотическими нарушениями. Но в рамках зависимого развития личности развиваются также её расстройства.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Расстройства личности при зависимостях от ПАВ (расстройства личности преимущественно в сфере ресурсов, расстройства личности преимущественно в когнитивной сфере, расстройства личности преимущественно в сфере характера, расстройства личности преимущественно в сфере ее самосознания, содержания и жизненных смыслов).**

**Зависимостные расстройства личности**

Общеизвестно, насколько глубоко изменяет человека химическая зависимость. Воистину был прав Джек Лондон, когда сказал, что алкоголизм – это порождение варварства – мертвой хваткой держит человечество со времен седой и дикой старины и собирает с него дань, пожирая молодость, подрывая силы, подавляя энергию, губя лучший цвет рода человеческого.

Слова эти можно отнести не только к алкоголизму и наркоманиям, но и к любому другому виду пристрастия к ПАВ. Химическая зависимость способна погубить в человеке абсолютно все человеческое. Поэтому известные понятия «алкогольное изменение личности» или «наркоманическое (токсикоманическое) изменение личности» нуждаются в структурной конкретизации. Особенно это необходимо с учетом того, что понятие личности, с одной стороны, слишком широкое и всеобъемлющее, а с другой – точное и определенное.

При химических зависимостях сильно изменяются свойства темперамента человека: сила нервных процессов возбуждения и торможения, их уравновешенность и подвижность, что сказывается на выносливости, работоспособности, сдержанности, терпеливости, оперативности и мн.т.п. Однако изменения темперамента – это лишь один из аспектов личностных отклонений.

То же самое относится к нарушениям в сфере инстинктов и влечений у химически зависимых лиц. У них фактически страдают все природные жизнесохраняющие потребности, все инстинкты: пищевой, половой, самосохранения, самореализации (самоактуализации), творческого самовыражения и мн.др. Все они могут быть угнетены, расторможены или извращены. Но самое главное – это то, что определяющими тенденциями в образе жизни больных становятся аутоагрессия и саморазрушение – независимо от степени их осознания. Нарушается также контроль личности над собственными побуждениями и влечениями. Вместе с тем расстройства в сфере потребностей и влечений также не есть еще патология собственно личности.

Сами больные с химическими зависимостями, но особенно их родные и близкие, замечают насколько пристрастие к ПАВ изменяет характер человека. Во-первых, постепенно заостряются и утяжеляются отрицательные характерологические черты, которые существовали и раньше, но с которыми субъект как-то справлялся. Во-вторых, если это были выраженные отклонения характера, то они в процессе прогрессирования зависимости декомпенсируются и приводят к тяжелым нарушениям адаптации. В-третьих, появляются патологические черты характера, в отношение которых ранее не было даже предположения.

В целом ***при химических зависимостях включается и прогрессирует процесс психопатизации субъекта,*** т.е. патологического видоизменения характера вплоть до тяжелых психопатических состояний, реакций, декомпенсаций, развитий.

***Сколько существует рановидностей психопатий, столько возможно вариантов психопатизации*** (по возбудимому типу, истерическому, паранойяльному, эпилептоидному, шизоидному, циклоидному, астеническому, психастеническому, органическому и т.д.). Однако чаще всего встречается сложная картина патологических изменений характера – смешанная, мозаичная. Личность при этом также изменяется. Но характер и личность – это не одно и то же. Поэтому психопатизацию следует так же рассматривать лишь как один из аспектов личностных нарушений у химически зависимых.

Зависимая, или, точнее, зависимостная, личность - это не просто личность, плененная патологическим влечением к психоактивному веществу. Человек при этом изменяется вкорне, ядерно – во всем и весь. Представитель целостной (холической) и организмической теории личности - А. Ангьял (1965) - подчеркивал, что так системно нарушается личность и при неврозах. Мы позволим себе заменить в его описаниях невротической личности слово «невроз» на слово «зависимость». Ангьял (1965) подчеркнул, что невозможно представить расстройства личности как гнилую половинку здорового яблока или отдельную опухоль внутри человека, как растение, которое можно вытащить с корнем, не нарушая и не изменяя остальной личности. Представляется, что и зависимый человек является зависимым в любых обстоятельствах жизни.

***Главная особенность зависимостных изменений личности состоит в том, что при этом полностью изменяются цели и смысл жизни, личностные смысложизненные и ценностные ориентации****.* Они становятся патологическими, потому что являются саморазрушающими, особенно если больной этого не осознает в должной мере вследствие анозогнозии. Патологическое содержание зависимостной личности определяется также тем, что в нем отсутствуют или сильно девальвированы такие общечеловеческие ценности, как жизнь, здоровье, родители, семья, благополучие, труд, творческие радости. Потребности такого рода и соответствующие им интересы постепенно уходят из самосознания личности, а вместе с этим вытесняется и сама нормативная личность. Не только глубоко изменяется облик зависимого субъекта, но и вся его человеческая сущность становится иной: иные взгляды, интересы, убеждения, позиции. Важное место в структуре патологической личности зависимого субъекта занимает его речь, которая является значимым элементом соответствующей субкультуры. В целом можно считать, что *данное патологическое развитие личности представляет собою патологическую ресоциализацию, рекультурализацию, а также патологическую аутоидентификацию самости.*

Зависимостное развитие личности следует рассматривать как приобретенное по ходу жизни изменение личности, заключающееся в ранее не существовавшем образе жизни, в особом личностном восприятии обстоятельств, в ином личностном отношении к ним, в ненормальных смыслах и позициях, которые в совокупности составляют патологическое содержание и патологическую доминирующую направленность личности.

Проведенные нами наблюдения показали, что такого рода патологическое развитие личности представляет собою ее самодвижение, истоки которого относятся еще к донозологическому периоду (задолго до того как сформируются признаки патологического влечения к ПАВ). Начинается зависимое развитие личности, например, у больных алкоголизмом, с однажды сделанного выбора: «Я так хочу себя вести», «Я хочу и буду употреблять спиртное!» Выбор этот, как правило, не вполне сознательный, но довольно четкий, потому, что в биографии обследованных больных определенно констатируется период, когда те или иные обстоятельства жизни потребовали определиться - пить или не пить, колоться или не колоться. Большинство больных (61,8%) отметили, что этот выбор они сделали задолго до первого употребления, только лишь наблюдая за поведением других в реальной жизни и на экранах телевидения, а также, общаясь со сверстниками.

Следующим этапом формирования зависимого развития личности становился период первых употреблений ПАВ, особенно, если при этом субъективные положительные эмоциональные подкрепления (эйфория, веселье, приятное общение и т.п.) превышали негативные последствия (недовольство родителей, замечания, наказания и др.).

Как и во всех других вариантах патологического развития личности, главное, что можно обнаружить в психобиографии больных алкоголизмом, - это их активная личностная позиция, борьба личности с окружением за свою «свободу», стремление к эмансипации и закрепление сделанного выбора в пользу алкоголя, возрастание в самосознании ценности объекта данного выбора, врастание выбора в статус личностной позиции и, наконец, становление выбора в качестве самой позиции личности.

Личность - это вершина человеческого развития, результат социализации и культурализации индивидуума. Однако человек в целом является существом биопсихосоциальным. Это значит, что и в личности многое зависит от природы человека, его биологических свойств, состояния головного мозга и организма в целом. Поэтому вследствие алкоголизации и наркотизации личность изменяется всегда системно, так как поражаются все органы: печень, головной мозг, сердце, обмен веществ, сексуальная сфера, гормональные и нервные механизмы и т.д. Личность тоже поражается системно, и её расстройства не у всех одинаковые. В них необходимо искать ***признаки нарушений личности трёх типов.*** Они могут быть выражены с разной степенью тяжести, но всегда сочетаются друг с другом.

***1.Расстройства личности, происходящие преимущественно в сфере ее ресурсов*** (интеллекта, памяти, знаний, навыков, опыта, способностей и т.п.). Проявляются недостаточной продуктивностью в познавательной деятельности и утратой тех или иных умственных навыков, мыслительными затруднениями, общим когнитивным снижением. Особенно слабеет способность к планированию и организации своего поведения, предвидения его последствий, слабеет критическое к себе отношение и контроль над своими потребностями, влечениями, побуждениями, эмоциями, снижается способность обучаться, понимать и усваивать новое. Данный вид расстройств (в разной степени выраженности - от легкой до глубокой) является следствием интеллектуального снижения, не достигающего степени слабоумия, но требующего в первую очередь применения нейротрофических и ноотропных средств лечения, а также когнитивной коррекции и когнитивных тренировок. Такое снижение личностных ресурсов происходит также в результате всевозможных органических поражений и заболеваний головного мозга, при алкоголизме и наркоманиях, а также вследствие шизофрении - болезни, которая вначале называлась ранним слабоумием (dementia praecox).

2.***Расстройства личности, происходящие преимущественно в сфере её характера.*** Проявляются нарушениями со стороны социализации личности чаще в форме эмоционально-волевых отклонений с однотипными моделями неадаптивного поведения, с однообразными ответными эмоциональными реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций. В наибольшей мере они нарушают интерперсональные отношения и социальное функционирование личности, делая их, как минимум, непродуктивными. В тяжёлых случаях развиваются грубые характерологические отклонения.

К расстройствам этого типа относятся, с одной стороны, онтогенетические психопатические состояния, а с другой - патологические состояния, возникающие во взрослой жизни в результате заболеваний или поражений головного мозга - «псевдопсихопатии» или «психопатоподобные» состояния, а также сходные с ними патохарактерологические развития вследствие грубых дефектов воспитания и отклонения личности вследствие тяжелых и длительных средовых деприваций либо вследствие тяжелых психических заболеваний. *При этом в личности за счет патологии характера на первый план выступает ее дисгармоничность в сочетании с несоразмерностью и неадекватностью реакций.* Нарушения такого рода требуют иного подхода к их коррекции и лечению, а именно - применения психотропных корректоров поведения и настроения, а также коммуникативных, ситуационных и других когнитивно-поведенческих тренингов с целью ресоциализации личности.

***3.Расстройства личности, развивающиеся преимущественно в сфере её самосознания, содержания и жизненных смыслов.*** Данный тип личностной патологии проявляется глубокой трансформацией в личностных ценностях, смыслах и установках, в интересах и привязанностях, в содержании и направленности личности, в ее принципах и убеждениях, в самооценках и в отношениях к другим, в значимых поступках и в образе жизни в целом. При этом появляются патологические смыслы, интересы, позиции, которые становятся ее экзистенциальной сущностью, определяя новое содержание личности, патологичность её культуральной сферы. Подобного рода нарушения в психиатрии известны как *«патологическое развитие личности»* или *«хроническое изменение личности»,* когда перед близкими и родными предстает не та личность, которая была раньше, а совсем иная - иная не столько по форме, сколько по существу, по содержанию, по смыслу. Происхождение этого вида личностной патологии представляет собою заполнение личности нарконаправленными смыслами, интересами и убеждениями, а также борьбой за отстаивание своего образа жизни. Это зависимый тип личностного расстройства: зависимость от потребности в ПАВ. Для её лечения потребуются средства антипсихотического действия, личностно-реконструктивная психотерапия, а также рекультурализация в процессе реабилитации больных.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

1. **Расстройства умственных способностей при зависимостях от ПАВ.**

Общеизвестно, что происходит при злоупотреблении ПАВ с такими *личностными ресурсами, как память, умственные способности, мышление.* Появляются забывчивость, рассеянность, тугоподвижность мыслей, снижение сообразительности, слабеет интеллект. Особые затруднения вызывают учеба, попытки приобретения новых знаний, новой профессии. Однако постепенно утрачиваются и прежние знания и навыки, скудеет информативно-словарный запас. Нарушения этого вида связывают в первую очередь с прямым токсическим действием ПАВ на головной мозг, а также с нарушением функций детоксицирующих систем организма (печени, почек, кишечника). Изменения со стороны головного мозга при этом носят органический труднообратимый характер, и в их происхождении играют роль многие другие механизмы, особенно - если раньше уже были поражения головного мозга (черепно-мозговые травмы, воспаления, отравления, сосудистая недостаточность).

Данные *расстройства когнитивных (познавательных) функций вначале малозаметны.* Они становятся очевидными лишь когда достигают степени психоорганического снижения личности с явными нарушениями памяти, интеллекта, мышления - вплоть до слабоумия (деменции).

*Выраженное органическое снижение личности* до уровня деменции редко происходит одномоментно. Для этого должна произойти очень сильная интоксикация психоактивным веществом прямого поражающего действия на головной мозг, приводящего к необратимым анатомическим последствиям. Так бывает чаще у детей при тяжелых отравлениях алкоголем, снотворными или при чрезмерно длительном вдыхании паров летучих растворителей. При передозировках наркотиками или алкоголем (особенно его суррогатами) у взрослых тяжелые необратимые последствия обусловливаются сочетанием интоксикации с кислородным голодом мозга (гипоксией) вследствие сопутствующих нарушений дыхания и сердечной деятельности.

*В большинстве случаев, однако, ослабоумливание развивается постепенно в форме дементирующего процесса.* В нем можно выделить несколько стадий и очень важно заметить первые стадии, чтобы как можно раньше попытаться помочь больному осознать, что с ним происходит, пока он еще в состоянии это анализировать.

Вслед за психопатизацией (отклонения со стороны темперамента, инстинктов, влечений, характера) и дементированием (нарушения мышления, памяти, интеллекта, снижение потенциала и ресурсов личности) выступает еще один важный аспект личностных расстройств при химических зависимостях. Это *специфические изменения содержания и направленности личности, нарушения в иерархии ее ценностей и интересов, патологические трансформации ее установок, отношений и образа жизни в целом.* Речь, как видно, идет о патологии собственно личности человека - его самосознания и отношения к самому себе, к другим и к жизни в целом. Отношение это, как отмечалось выше, может быть глубоко безумным (маническим), даже если у больного при этом еще нет бреда, галлюцинаций или слабоумия. Сама зависимость ведет к тому, что нормативное Я личности (нормативная личность) слабеет, разрушается и замещается патологическим Я (патологической личностью, т.е. личностью зависимостной).

***К отдельным симптомам умственной недостаточности следует отнести следующие проявления:***

*Неразумность* - неспособность выбрать адекватный и эффективный способ поведения. Неразумность не есть только врождённое свойство или результат органического поражения головного мозга. Человек, одержимый страстью и влечениями, не справляющийся с ними, ведёт себя неразумно, нерационально. У людей нормальных источником неразумности является дистрессовый опыт. Острые тяжёлые стрессы (дистрессы) сужают поле сознания, блокируют рассудочную деятельность. Отрицательный поведенческий опыт может накапливаться и фиксироваться, закрепляя неэффективные стратегии поведения.

*Неспособность выделять главное из второстепенного* - проявление, часто наблюдающееся у психически больных и в повседневной жизни. Это, действительно, очень трудный когнитивный вопрос - что есть основное? У нормальных людей такие вопросы стимулируют поисковую деятельность. У больных с неспособностью нахождения главного страдает как анализ (разделение целого на составные части), так и синтез (нахождение целого путём объединения его элементов). Больные, например, затрудняются или не в состоянии ответить даже на простые вопросы: что общего и различного между ребёнком и карликом, скупостью и бережливостью, пароходом и паровозом и т.п. В результате страдают определение понятий, классификация, деление и разграничение понятий, исключение понятий и т.п.

*Нарушение понимания переносного смысла.* Проявляется неспособностью обнаружить прямой и дополнительный смыслы, например, в двузначных ситуациях в иносказаниях. У больных устанавливается при объяснении ими смысла пословиц и метафор. В отличие от нормальных людей, способных выявить и объяснить переносный смысл, больные либо буквально и конкретно трактуют сказанное (шила в мешке не утаишь, потому что оно острое, проколет мешок), либо не понимают и уклоняются от ответа.

*Нарушение понятливости* в повседневной жизни, в учебе, работе, в обыденных делах. Происходит это не только за счёт снижения или утраты сообразительности как таковой. Например, больная с начинающейся деменцией при болезни Пика не в состоянии правильно и последовательно использовать продукты для приготовления супа, которые подобрала и разложила на столе её дочь. Нарушение понятливости особенно заметно проявляется в неспособности делать суждения о чём-либо происходящем, при оценке сюжетных картин, содержания прочитанного рассказа или просмотренного фильма.

*Отсутствие чувства ситуации и дистанции.* Характеризуется неспособностью улавливать тонкости, нюансы и специфику обстоятельств и выбирать адекватный стиль поведения. Больные либо грубо вторгаются в происходящее, либо не участвуют там, где требуется их участие. При этом не оцениваются различия в положении, звании, должности присутствующих людей и не дифференцируются манеры взаимодействия с ними. Поэтому больные могут проявить развязность, аморальность, неприличность, стремление удовлетворять свои потребности, невзирая на ситуацию и лица.

*Снижение или утрата личностной компетентности* - неспособность личности соответствовать требованиям жизни: учиться, работать, строить отношения с самим собою и с окружающими. Проявляется снижением уровня социального функционирования, социальной некомпетентностью вплоть до инвалидности и недееспособности.

*Деменция -* синдром приобретенного слабоумия (лат. de - прекращение, утрата, mens, mentis - ум). Недостаточность интеллекта является стержневым проявлением деменции, однако нарушения психики им не ограничиваются. Наблюдаются также всесторонние нарушения познавательной деятельности, расторможенность низших эмоций и влечений, волевая слабость, расстройства ассоциативных процессов, оскудение памяти, обеднение речи и понятий аппарата, глубокое снижение личности. Крайняя степень деменции - маразм - характеризуется полным распадом психики, утратой речи, навыков самообслуживания.

Что касается алкоголизма и наркоманий, то при них ослабоумливание личности наиболее заметно у подростков. У них умственное развитие в 13-16 лет может приостановиться и повернуть вспять вплоть до уровня олигофрении в степени дебильности. У взрослых это процесс более постепенный, из-за чего его ранние стадии часто не замечаются окружающими. Поэтому важно пристальнее анализировать состояние ума у наркологически больного и внимательно искать признаки следующих пяти стадий ослабоумливания:

***1.Интеллектуально-нравственное снижение личности.***

Речь идет о том, что у субъекта страдают специфически человеческие, высшие интеллектуальные чувства: совести, стыда, вины (разумеется, если они были до того сформированными, созревшими). Происходит нарастающая моральная стерилизация с утратой чувств долга, чести, достоинства, честности, порядочности, ответственности и т.п. Теряются внутренние задержки, обусловливавшиеся ранее этими чувствами. Поведение поэтому становится развязным, расторможенным, безответственным, циничным, сверхэгоистичным. Слабеют также родственные чувства и связи и нередко для больных как бы не остается ничего святого в жизни.

2.***Интеллектуально-волевая слабость личности.*** Сами больные и их родные часто подчеркивают слабохарактерность и безволие лиц, их неспособность к самоконтролю и к самоорганизации. Начинающееся ослабление ума затрудняет критическое к себе отношение, блокирует рефлексию (самообращение) и самоанализ, расстраивает процессы нормального целеобразования и принятия решений, делает невозможной мобилизацию ресурсов личности. Больные, несмотря на кажущуюся сохранность интеллекта и кажущееся понимание, тем не менее проявляют волевую несостоятельность и неспособны без помощи других «взять и взяться за ум».

***3.Интеллектуально-мыслительная недостаточность*** свидете-льствует уже о более глубоких органических изменениях личности. Мышление становится тугоподвижным, вязким, обстоятельным в сочетании с неспособностью выделять главное из совокупности второстепенностей. Затормаживаются ассоциативные механизмы, и ассоциации становятся случайными, бедными, однообразными, скудными, стереотипными. Скудеет также словарный запас, страдает речь, теряется способность к сложным грамматическим построениям. Мышление становится непоследовательным, с обрывами, остановками, потерями нитей мыслей, с соскальзываниями. Весьма характерно также навязчиво-доминирующее мышление, связанное с расторможенными влечениями (сексуальными, к еде, к алкоголю) или «аффективное мышление» - заряженное эмоцией, аффектом - вплоть до так называемой «аффективной слабости ума».

**4.*Интеллектуально-мнестическая недостаточность -*** умственная слабость личности в сочетании с нарушениями памяти. Сначала они проявляются «обычной» забывчивостью, трудностями избирательного (нужного) воспоминания - особенно названий, чисел, имен, фамилий. В дальнейшем амнезия распространяется на знания, опыт, навыки, события. В тяжелых случаях может иметь место корсаковский синдром: утрачивается способность фиксировать и запоминать все происходящее здесь и сейчас (фиксационная амнезия). Провалы и пустоты в мышлении и памяти могут заполняться обманами воспоминаний - конфабуляциями (вымыслами) или псевдореминисценциями (ложными воспоминаниями).

**5.*Слабоумие (деменция)*** в легкой, умеренной и глубокой степенях выраженности. Следует иметь в виду, что деменция даже в легкой степени выраженности - это все-таки слабоумие, а не просто органическое снижение личности в рамках психоорганического синдрома.

*Первые три проявления дементирующего процесса укладываются в критерии органического снижения личности, ведущего к нарастающей утрате позитивной активности, продуктивности, профессионального уровня, социальной компетентности личности.* При этом могут быть также нарушения со стороны характера в любых их вариантах, описанных выше. 4 и 5 стадии ослабоумливания личности соответствуют более глубоким её расстройствам с амнезиями и деменцией как таковой.

Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие (Г.И. Дереча, В.В.Карпец, М.В.Дёмина, В.А. Дереча, А.В.Гуров); ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ. – 248с.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В большинстве случаев, однако, ослабоумливание развивается постепенно в форме дементирующего процесса. В нем можно выделить несколько стадий и очень важно заметить первые стадии, чтобы как можно раньше попытаться помочь больному осознать, что с ним происходит – пока он еще в состоянии это анализировать:

**1.Интеллектуально-нравственное снижение**. Речь идет о том, что у субъекта страдают специфически человеческие, высшие интеллектуальные чувства: совести, стыда, вины (разумеется, - если они были до того сформированными, созревшими). Происходит нарастающая моральная стерилизация (или кастрация) с утратой чувств долга, чести, достоинства, честности, порядочности, ответственности и мн.т.п. Теряются внутренние задержки, обуславливавшиеся ранее этими чувствами. Поведение поэтому становится развязным, расторможенным, безответственным, циничным, сверхэгоистичным. Слабеют также родственные чувства и связи и нередко для больных как бы не остается ничего святого в жизни.

**2.Интеллектуально-волевая слабость**. Сами больные и их родные часто подчеркивают слабохарактерность и безволие лиц с химической зависимостью. Дело не только в том, что их воля находится в плену влечения к ПАВ. Начинающееся ослабление ума затрудняет критическое к себе отношение, блокирует рефлексию (самообращение) и самоанализ, расстраивает процессы нормального целеобразования и принятия решений, делает невозможной мобилизацию ресурсов личности. Больные, несмотря на кажущуюся сохранность интеллекта и кажущееся понимание вреда зависимости от ПАВ и желание от нее избавиться, тем не менее проявляют волевую несостоятельность и неспособны без помощи других «взять и взяться за ум».

**3.Интеллектуально-мыслительная недостаточность с**видетельствует уже о более глубоких органических изменениях. Мышление становится тугоподвижным, вязким, обстоятельным в сочетании с неспособностью выделять главное из совокупности второстепенностей. Затормаживаются ассоциативные механизмы и ассоциации становятся бедными, однообразными, скудными, стереотипными. Скудеет также словарный запас, страдает речь, теряется способность к сложным грамматическим построениям. Мышление становится непоследовательным, с обрывами, остановками, потерями нитей мыслей, с соскальзываниями. Весьма характерно также навязчиво-доминирующее мышление, обусловленное тягой к ПАВ («у кого что болит, тот о том и говорит»).

**4. Интеллектуально-мнестическая** недостаточность (греч. mneme – память): умственная слабость в сочетании с нарушениями памяти. Сначала они проявляются «обычной» забывчивостью, трудностями избирательного (нужного) воспоминания – особенно названий, чисел, имен, фамилий. В дальнейшем амнезия распространяется на знания, опыт, навыки, события. В тяжелых случаях может иметь место корсаковский синдром (по имени С.С.Корсакова – русского психиатра, впервые описавшего это расстройство): утрачивается способность фиксировать и запоминать все происходящее здесь и сейчас (фиксационная амнезия). Провалы и пустоты в мышлении и памяти могут заполняться обманами воспоминаний – конфабуляциями (вымыслами) или псевдореминисценциями (ложными воспоминаниями).

**5. Психоорганический синдром**: сочетание вышеописанных (в п.п. 1-4) расстройств с психопатоподобными нарушениями характера (в любых вариантах) и со снижением жизненного потенциала личности (снижение ее позитивной активности, продуктивности, профессионального уровня, социального статуса).

**6. Слабоумие (деменция)** – в легкой, умеренной и глубокой степенях выраженности. Следует иметь ввиду при этом, что деменция даже в легкой степени выраженности – это все-таки слабоумие, а не просто органическое снижение личности в рамках психоорганического синдрома.

Профилактика наркоманий и алкоголизма: учебное пособие/В.А.Дереча ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава РФ. – 77с.

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)
4. - Лисовский В.Д., Колесникова Э.А. Наркотизм как социальная проблема. – СПб., 2001. - 37 [↑](#footnote-ref-4)
5. 0 Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. – М., 1998.- с.52 [↑](#footnote-ref-5)