

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології,  
наркології та сексології

**ТИПОВІ ВИДИ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ.  
КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ**

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

до курсу за вибором «Основи адиктології»  
для студентів I та II медичного факультетів,  
спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія

Запоріжжя

2017

УДК 159.923:616.89-008.485(075.8)

Ч-89

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ  
(протокол № 5 від 25.05.2017 р.)  
та рекомендовано для використання в навчальному процесі*

**Автори :**

*О. М. Чулков* - кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ;

*А. З. Григорян* - кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ;

*К. А. Сінча* - асистент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ.

**Рецензенти :**

*І. В. Лінський* – доктор медичних наук, професор, керівник відділу інституту неврології, психіатрії і наркології Національної академії медичних наук України;

*О. А. Козьолкін* – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри нервових хвороб Запорізького державного медичного університету.

**Чулков О. М.**

Ч-89

Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування : навчально-методичний посібник до курсу за вибором «Основи адиктології» для студентів I та II медичного факультетів, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія / О. М. Чулков, А. З. Григорян, К. А. Сінча. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2017. - 131 с.

Навчально-методичний посібник складений відповідно до «Освітньо-професійної програми вищої освіти». Посібник підготовлений згідно з матеріалами, розробленими викладатським складом кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ. В ньому освітлені основні питання клініки розладів психічної діяльності з даного розділу практичної психіатрії та наркології, дані рекомендації що до ранньої їх діагностики і лікування, приведені типові тести та задачі для самоконтролю рівня підготовки.

©О. М. Чулков, А. З. Григорян, К. А. Сінча, 2017  
©Запорізький державний медичний університет, 2017

## ЗМІСТ

Вступ.....	6
1. Мета та завдання навчання за дисципліною .....	7
2. Загальні положення про адиктологію .....	10
2.1. Біологічні механізми залежної поведінки .....	12
2.2. Класифікація залежної поведінки .....	13
2.3. Історія розвитку нехімічних залежностей.....	13
2.4. Особистісні особливості, що приводять до розвитку адиктивної поведінки.....	33
2.5. Основні напрямки вивчення адиктивної поведінки .....	34
2.6. Шляхи позбавлення від адикцій.....	35
3. Актуальні питання алкогольної залежності. Клініка та лікування... 38	
3.1. Залежність від вживання алкоголю (короткий історичний екскурс) .....	38
3.2. Основні етіопатогенетичні механізми формування алкогольної залежності.....	39
3.3. Класифікації алкогольної залежності .....	42
3.4. Сомато-неврологічні та психічні розлади, як результат зловживання алкоголем.....	47
3.5. Ключові питання лікування алкогольної залежності.....	50
4. Проблема зловживання психоактивними речовинами у практиців сімейного лікаря. Рання діагностика, клініка.....	52
4.1. Актуальність проблеми зловживання психоактивними речовинами на сучасному етапі.....	52
4.2. Соціально-психологічні особливості осіб, що вживають ПАР	55
4.3. Основні чинники вживання ПАР .....	56
4.4. Ознаки і симптоми, що свідчать про вживання ПАР.....	57
4.5. Вплив ПАР на різні системи органів .....	58
4.6. Симптоматологія та перебіг зловживання найбільш поширених ПАР .....	69

5.	Клініка, профілактика та лікування тютюнопаління.....	96
	5.1. Історія нікотинізму .....	96
	5.2. Фізичні та хімічні властивості нікотину. Фармакокінетика, фармакодинаміка.....	98
	5.4. Медичні аспекти тютюнопаління.....	101
	5.5. Питання профілактики та лікування тютюнопаління .....	107
6.	Перелік питань для самопідготовки .....	112
7.	Типові тести та задачі для самоконтролю .....	117
8.	Рекомендована література.....	124
9.	Додатки .....	127

## АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

В даний час число залежних людей катастрофічно збільшується у всьому світі, в тому числі і у нас в країні. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я на початку XXI століття зловживання алкоголем, наркотиками та іншими речовинами, що змінюють свідомість, набуло характеру епідемії. В Україні, наприклад, близько 40% дорослого населення страждає хімічною залежністю. Більш того, близько 80% підлітків має досвід вживання наркотиків, а 10% з них вже хворі. До цього треба додати, що збільшується і зростання числа проблемних сімей, які так чи інакше стикаються з проблемою залежності і потребують кваліфікованої і своєчасної допомоги.

Зростання епідемії підтримується, зокрема, сформованим ставленням суспільства до залежності - запереченням того, що залежність є первинною, хронічною, прогресуючою і смертельною хворобою. Розглядаючи алкогольіка або наркомана як аморальну, занепалу людину, вибираються, як правило, і відповідні методи впливу на нього, серед яких найбільш поширеними досі залишаються методи, психологічно засновані на страху. До тактиці залякування вдаються повсюдно, починаючи з антиалкогольної пропаганди і закінчуючи різними клінічними методами лікування (еспераль, торпедо, кодування і т.п.). Не важко уявити, що відбувається в таких ситуаціях. З одного боку, алкогольік під страхом смерті в ряді випадків дійсно припиняє вживання спиртних напоїв, з іншого боку, він потрапляє в психологічну залежність від власного страху, який з цього моменту невідступно починає супроводжувати його життя. Цей страх може додаватися до вже наявного страху втратити сім'ю, роботу, друзів і т.д., якщо станеться зрив. Крім того, хворий потрапляє в залежність від безперервного стримуючого бажання пити, що тримає його в стані хронічного стресу. Ця постійна боротьба з самим собою забирає левову частку його психічної енергії, яку він міг би витратити на

повноцінне творче життя і самовдосконалення, а нерідко призводить і до виникнення наркотичного зриву або розвитку вторинного захворювання - неврозу страху. Страх людини, яка страждає на алкоголізм, формується під впливом однієї дуже суттєвої причини. Вона закладена в суспільній свідомості і характеризується глибокими помилками в розумінні алкоголізму і в ставленні до алкоголіку. До сих пір в суспільстві спрацьовує досить поширене уявлення про сутність алкоголізму, як результату вільного вибору. Вважається, що людина сама, тільки своїм вольовим зусиллям вибирає або не вибирає шлях алкоголіка. Тому єдине, чого він потребує, - це зважитися не пити, проявити силу волі. Саме з цієї моделі алкоголізму виходять і розхожі заклики, звернені до людей, що вживають алкоголь: «Скажи собі немає!», «Візьми себе в руки!», «Знайди в собі сили відмовитися!» і т.д. Не намагаючись применшити значення вольових актів в поведінці людини, треба все ж визнати, що в основі цього уявлення лежить досить спрощене уявлення як про природу людини, раціонально-вольового контролю якому нібито підвладна вся його поведінка, так і про природу алкоголізму як хвороби. Це і подібні до нього уявлення про алкоголізм і алкоголіка як слабку, «другосортну» людину створюють потужний психологічний бар'єр на шляху алкоголіка до лікування і одужання. Діагнозу «алкоголізм» багато людей, які потребують допомоги, до сих пір бояться найбільше, оскільки цей діагноз залишається соціальним «ярликом», сильно ускладнює можливість залишатися повноправним членом суспільства.

Досить поширене також хибне уявлення про алкоголізм, як хворобу «психологічну», а значить придбану (оборотну) ( «Я п'ю так багато не тому, що алкоголік, а тому, що у мене існує глибокі психологічні проблеми»). Довід, безумовно, не дуже сильний, тому що психологічні проблеми різного ступеня глибини існують у більшості людей, проте далеко не всі роблять алкоголь основним засобом вирішення власних

проблем, а потім і способом життя. У цьому скоріше бачиться зручний привід виправдання власного пияцтва або ж реальна омана алкоголіка, віра в те, що, вирішивши психологічні проблеми, він перестане пити. Підсвідома ж причина такої віри - бажання звільнитися від важкого клейма «алкоголіка». Ситуація, що склалася підкріплюється ще й тим, що навіть фахівці, що працюють в області людського здоров'я, в процесі професійної освіти не отримують уявлення про цілісну модель хвороби і займаються лікуванням видимих симптомів, що не впливає на саму залежність і є малоефективним.

### **Мета та завдання навчання за дисципліною.**

**Мета і основні цілі:** навчання студентів основам психології та психопатології залежної поведінки. Оволодіння студентами базових знань в галузі залежної поведінки як одної з видів девіантної поведінки; формування цілісних уявлень про психологічні детермінанти адиктивної поведінки, об'єктивні та суб'єктивні чинники, що впливають на формування залежностей, розвиток навичок профілактичної та психокорекційної роботи із адикціями.

#### **Завдання курсу:**

ознайомлення студентів :

- з поняттям, термінологією, клініко-феноменологічними проявами основних видів хімічної залежності;
- з основними психологічними механізмами формування залежностей
- із загальною структурою психокорекційних підходів до подолання залежностей;
- формування у майбутніх спеціалістів розуміння напрямів застосування теоретичних знань у практичній діяльності.

#### **Знання та навички:**

**Конкретні цілі –**

**студенти повинні знати:**

- основні поняття адиктології;
- класифікацію адитивних станів та передумов для формування залежної поведінки;
- основні форми залежності, їх клінічні прояви та міри профілактики;
- основні програми реабілітації осіб, які страждають на залежність.

**Кінцеві цілі дисципліни - студенти повинні вміти:**

- провести збір анамнезу;
- провести психологічну діагностику особистості хворого та структурний аналіз психічного розладу;
- визначати зовнішні ознаки вживання психоактивних речовин;
- означати та обирати методи психологічної діагностики, яка відповідає завданню, яке поставлене;
- проводити консультації та цілеспрямовані бесіди з особами, які страждають різними видами залежності, їх родичами.
- застосовувати на практиці основні технології профілактики та реабілітації осіб із залежною поведінкою
- застосувати деякі психотерапевтичні техніки.

**Базові теоретичні питання :**

1. Адиктології як галузь наукового знання.
2. Соціально- психологічні ознаки залежної поведінки.
3. Суб'єктивні чинники залежної поведінки та механізми виникнення аддикції.
4. Характеристика різних видів залежної поведінки.

**План та організаційна структура занять.**

№ пп	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, інструктивності)
---------	--	-----------------------------------	----------------------------	---



1.	Підготовчий етап Організаційні заходи	I	Фронтальне індивідуальне усне експрес - опитування	П.1 актуальність теми П.2 навчальні цілі
2.	Постановка навчальних цілей та мотивація	I	Тестовий контроль I рівня	Таблиці, малюнки, структурно-логічні схеми, лікарські препарати, слайди
3.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь:	I	Рішення типових задач I рівня	Питання для індивідуального опитування Тести та задачі I рівня
4.	Основний етап Формування професійних вмінь та навичок:  1. Оволодіння методикою проведення цілеспрямованої бесіди.  2. Сформувати вміння провести усебічне (доступного студенту рівня) обстеження статусу хворого, інтерпретувати їх дані.	II  II  II	Професійний тренінг на хворому.  Рішення тестів та задач III рівня.  Професійний тренінг у вирішенні нетипових клінічних ситуацій	Алгоритми (орієнтовані карти) для формування практичних навичок та вмінь.  Хворі  Історії хвороби, протоколи обстеження та лікування  Тести та задачі II рівня  Імітаційні ігри
5.	Заключний етап Контроль та корекція рівня засвоєння професійних вмінь та навичок	III	Індивідуальний контроль навичок або їх результатів.	Результати клінічної роботи Задачі III рівня
6.	Підведення підсумків заняття (теоретичного, практичного, організаційного)  Домашнє завдання (основна і додаткова література по темі)		Аналіз та оцінка результатів клінічної роботи  Рішення нетипових задач III рівня.  Тестовий контроль III рівня.	Тести III рівня  Орієнтована карта для самостійної роботи з літературою

### Міждисциплінарна інтеграція.

Дисципліни	Знати	Вміти
1. Нормальна анатомія	Знати будову кори , підкоркових центрів	Вміти визначати можливе місце

	та судинної системи головного мозку.	розташування патологічного осередку в ЦНС.
2. Нормальна фізіологія	Засвоїти функціональні можливості різних частин головного мозку.	Вміти визначати параметри нормального функціонування різних частин головного мозку за даними ЕЕГ, ЕПО.
3. Патанатомія	Знати можливі патоморфологічні зміни в судинній та лікворній системах, мозковій тканині при органічних формах розладів	Вміти інтерпретувати типові патологоанатомічні зміни в судинній та лікворній системах, мозковій тканині при органічних формах розладів
4. Патфізіологія	Засвоїти особливості діяльності головного мозку	Вміти визначити клінічні та лабораторні симптоми порушень мозкової діяльності за даними ЕЕГ, КТГМ.

### **Загальні положення про адикцію**

Десятиліття тому залежність була фармакологічним терміном, який мав на увазі використання препарату (ліки, легального або нелегального наркотику) в достатній кількості, щоб уникнути неприємних ефектів відміни. Поєднана зі станом такої залежності адиктивна поведінка («наркотизм») розцінювалося як девіантна і протиставлялася аддикції як хвороби. В даний час відбулося зміщення точки зору на сутність такого роду адиктивних розладів. «Наркотизм» став розглядатися поряд з іншими

поведінковими адиктивними розладами як єдиний феномен, спільного погляду на психопатологічну сутність якого, однак, не існує.

Різними авторами адикції відносяться до obsесивно-компульсивних розладів, розладів продуктивного спектру, зіставляються з сутінковим розладом свідомості і т. д. Поряд авторів вбачають як стійку (до 60%) коморбідність адиктивних розладів як між собою, так і з іншими психічними розладами (афективними, obsесивно-компульсивними і т.д.).

В цілому, адикції умовно можна розділити на «хімічні» (субстанціональні) - визвані також фізичною залежністю поведінкові залежності (несубстанціональні, психологічні).

**Поведінкова адикція** в психології - стан свідомості людини, що характеризується прихильністю до певної діяльності, нездатністю самостійно її припинити.

Адиктивна поведінка пов'язана з бажанням людини піти з реального життя шляхом зміни стану своєї свідомості. Вивченням цього явища займаються аддиктологія, клінічна психологія і соціологія.

Є прийнятні суспільством форми адикції: духовні практики, медитації, закоханість, творчість, трудоголізм, інтернет-залежність, шопоголізм, екстремальний спорт, переїдання, а також соціально небезпечні: токсикоманія, наркозалежність, kleптоманія та інші. В окремих випадках адикції можуть навмисно розвиватися (наприклад, вивчаються фактори пізнавальної адикції у інтелектуально обдарованих підлітків).

При розвитку інформаційного суспільства і зростанні традиційних інформаційно-залежних захворювань, з'явилися нові адикції - патологічні залежності від телебачення, від соціальних мереж, інтернет-залежність; залежність від комп'ютерних ігор та ін.

## **Біологічні механізми залежної поведінки.**

Дані досліджень показують, що існують певні біологічні механізми, що відповідають за адикції. Однак ця область залишається предметом суперечок. Як було озвучено в дискусії «соціогенетизм» або «біогенетизм», біологічна природа вроджених якостей може впливати на прийняття рішень і вчинки. Певні чинники, які стосуються генетики, ДНК, психічних розладів, можуть приховано присутні, щоб потім в певний момент активуватися.

З іншого боку, адиктивну поведінку може бути викликано впливом навколишнього середовища, яке призводить до зміни поведінки (англ. *Behavior modification*) особистості. Сприятливі відносини, зловживання, соціальна взаємодія, вплив на організм отруйних речовин - все це може змінювати поведінку людини. Деякі дослідники визнають вплив як соціальних, так і біологічних факторів, які спільно формують модель поведінки.

В біологічний механізм адикції можуть бути включені деякі ділянки мозку. Найбільш примітним є механізм вивільнення дофаміну в Nucleus accumbens, який запускається багатьма наркотичними речовинами, що зміцнює залежність. Виділення дофаміну є природним процесом стимулюючої дії, властивим, наприклад, харчуванню або сексу. Наркотики діють аналогічно. Зокрема, деякі наркотики збільшують вироблення і вивільнення дофаміну в мозку в 5-10 разів, що дозволяє людям, які їх вживають, отримувати почуття задоволення штучним образом. Так, амфетамін безпосередньо стимулює викид дофаміну, впливаючи на механізм його транспортування. Інші наркотики, наприклад, кокаїн і психостимулятори, блокують природні механізми зворотного захоплення дофаміну, збільшуючи його концентрацію в синаптичному просторі. Морфій і нікотин імітують дію натуральних нейромедіаторів, а алкоголь блокує дію антагоністів дофаміну. Почавшись в лімбічній

дофамінергічній системі процес потім модифікує інші частини мозку, наприклад, вентральну область покоришки .

Механізми, за допомогою яких здійснюється цей процес, включають в себе проникнення додаткових АМРА-рецепторів в постсинаптичну мембрану дофамінергічних нейронів. Дослідження на мишах показують, що вплив кокаїну протягом двох тижнів служить причиною довготривалих змін у вентральній області покоришки. Більш того, ефект задоволення від наркотику підсилює поведінку, пов'язану з його отриманням і прийомом, поки це не формується в звичку. Спочатку процес проходить в вентральній частині стріатума, головним чином в центрі підкріплення ( Англ. *Nucleus accumbens* ), але потім зміни розвиваються у верхній частині стріатума (*dorsal striatum*). Імовірно, пов'язані з адикцією модифікації нейронів, що йдуть по дорсально каскадній послідовності взаємних з'єднань між двома вищезгаданими ділянками.

На схильність до появи наркотичної залежності впливають кілька факторів. Можливо, вони пов'язані з префронтальною корою головного мозку, яка відповідає за судження, рішення ризикувати, контроль імпульсивності. Це пояснило б, чому діти більш схильні до наркоманії. Окремі дослідження показують, що діти у віці від 10 до 12 років, ті, які виявляють найменше гальмування в поведінці, знаходяться в максимальній зоні ризику для появи адикції до наркотичних речовин.

### **Класифікація залежної поведінки.**

Адиктивна поведінка є однією з форм девіантної поведінки і виражається у відході від реальності за допомогою зміни психічного стану. Тобто людина «йде» від реальності, яка її не влаштовує. Суть адиктивної поведінки полягає в прагненні змінити свій психічний стан за допомогою прийому деяких речовин або фіксацією уваги на певних предметах або видах діяльності.

Розвиток адиктивної поведінки починається з *фіксації*, яка відбувається при зустрічі з впливом того, що справило на майбутнього адикта дуже сильне враження, яке залишається в пам'яті і легко витягається із неглибокої підсвідомості. Фіксація може бути пов'язана з впливом речовини змінювати психічний стан, участю в якомусь вигляді активності, включаючи, наприклад, ігрову, і т. д. Особливість фіксації полягає в тому, що вона тягне за собою сильне бажання повторити пережитий змінений стан ще раз. Таке непереборне прагнення в подальшому повторюється все частіше. Зазвичай процес розвивається таким чином, що думки про реалізацію, їх здійснення займають все більшу кількість часу, що заважає самовираженню в інших напрямках і ускладнює критичне ставлення. Під час адиктивних реалізацій адикт переживає дуже інтенсивні і приємні відчуття, які не йдуть ні в яке порівняння з переживаннями, характерними для звичайного життя. «Приємність» цих станів пов'язана з виникаючими у людини ілюзіями контролю, комфорту і досконалості. Життя поза реалізації сприймається як сіре і нецікаве.

Згідно Ц. П. Короленка, залежну поведінку можна класифікувати на:

*Хімічні аддикції* - пов'язані з використанням в якості адиктивних агентів різних речовин, що змінюють стан. Багато з цих речовин токсичні і можуть викликати органічні ураження. Деякі речовини, що змінюють психічний стан, включаються в обмін і викликають явища фізичної залежності. До хімічних аддикцій відносять такі:

- алкогільна аддикція
- наркоманія
- токсикоманія

*Нехімічні (поведінкові) аддикції* - адикції, де об'єктом залежності стає поведінковий патерн, а не ПАР. У західній літературі для позначення цих видів адиктивної поведінки частіше використовується термін *поведінкові аддикції*.

До нехімічних адикцій відносять такі:

- Гемблінг
- Інтернет-адикція
- Роботоголізм
- Співзалежність
- Ургентна аддикція
- Релігійна аддикція
- Соціальна організація як аддиктивна фіксація
- Шопінг
- Еротичні аддикції
- Любовні адикції і адикції уникнення
- Сексуальні адикції
- Кіберпорно-адикція

*Адикції до їжі* - проміжні адикції, що характеризуються тим, що задіюються безпосередньо біохімічні механізми.

- анорексія
- булімія

Найпоширенні нехімічні адикції.

*Азартна гра* (фр. *jeu de hasard* - букв. «Гра випадку», до революції в Росії писали «азардная гра», від застарілого «азардовати» - ризикувати), іноді *гемблінг* (від англ. *gambling*) - гра, в якій виграш повністю або в значній мірі залежить не від мистецтва граючих, а від випадку.

Термін в даний час має наступне економічне визначення: укладення парі на гроші або яку-небудь матеріальну цінність на подію з сумнівним результатом з головним наміром отримання прибутку або матеріальних

цінностей. Азартна гра залежить більшою мірою від випадковості, ніж від мистецтва граючих, причому розмір ставок призначається довільно і може бути змінюватися гравцями, а головний інтерес спрямований не на процес гри, а на її результат.

Хоча результат кожної окремої азартної гри залежить від випадковості, результати тривалої серії ігор підкоряються певним статистичним закономірностям. Власники рулеток та інших гральних будинків при тривалій грі завжди залишаються у вигравші навіть у тому випадку, якщо гра ніяким обманом не супроводжується. Це визначається самими умовами гри. Встановлення умов, при яких гра «справедлива» або «нешкідлива», тобто дає обом сторонам абсолютно однакові шанси на вигравші, так само як і умов, що забезпечують при виробництві гри у великому масштабі (тобто при досить великому числі її повторень) певний вигравші однієї стороні, становить предмет математичного дослідження, що відноситься до області теорії ймовірностей.

В Стародавній Індії, як і в усьому світі, була відома гра в кості. Збори водійських гімнів «Ріг-веда» містить поему «Скарги гравця», яка застерігає від захоплення азартними іграми: «Не грай в кості, а паші свою борозну! Знаходь насолоду у власності своїй та цінуй її високо! Дивись за худобою своєю і за дружиною своєю, мерзенний гравець!». У книзі «Бхавішья-пурана» є розповідь, пов'язана з азартними іграми: якийсь принц позбувся всього, в тому числі власної дружини, граючи в кості. Епос «Махабхарата» азартною називає гру в кістки, яку проте описує досить докладно.

Є дані про пристрасть до азартної гри в кості у древніх греків, особливо коринтян. Тільки в Спарті азартна гра була абсолютно вигнана. Азартні ігри також згадуються в міфології Стародавньої Греції. Відповідно до грецької легенди, Паламед запропонував гру в кістки, щоб розважити грецьких солдатів, які нудьгували в очікуванні при



облозі Трої. Грецький біограф Плутарх згадує про перську царицю Парісатіс, яка була 'пристрасною шанувальницею гри в кості.

Давньоримське право, цілком усвідомлюючи деморалізуючий вплив азартних ігор, з усією строгістю поставилося до них і постановило, що програні в недозволені гри (*alea*, як називалися такі в Римі на відміну від дозволених, *ludi, qui v irtutis causa piunt*) гроші можуть бути витребувані назад тим, хто програв.

Надзвичайно були популярні азартні ігри у германців. Древній німець програвав не тільки своє майно, але і свободу: програвшого, який вже не мав чим сплатити, продавали в рабство. Хоча вже в XIII столітті стали з'являтися законодавчі обмеження, а в XIV столітті і в Німеччині, як і всюди, почали забороняти гральні будинки (вперше виникли в XII столітті в Італії); але до новітнього часу в маленьких німецьких державах гральні будинки у вигляді рулеток та інших вертепів не тільки були терпимі, але і **заохочуване** урядами, які платили небагатим казначействам значні податки. При підвищенні Пруссії і об'єднанні Німеччини дало в цій області видну реформу - гральні будинки в німецьких землях зникли до закону 1 липня 1868 року про закриття гральних будинків і подальшого потім об'єднання Німецької імперії під загальним законодавством, Німеччина користувалася сумною популярністю завдяки своїм гральним домам в Баден-Бадені, Бад-Доберане, Бад-Емсі, Вісбадені, Гамбурзі та ін.

Азартні ігри від давнини, оскільки можна судити на підставі джерел, практикувалися лише в вигляді **парі** і кидання костей. З винаходом близько 1423 року мистецтва гравірування по дереву і міді, в Іспанії і Німеччині стали виготовлятися художниками карти, що служили спочатку для ворожіння, а потім стали знаряддям ігор, заснованих на ворожінні, тобто азартних ігор. Спочатку карткова гра, що була спеціальністю темних елементів, служила майстерною формою обману, і вже в 1494 році виходить трактат «*Libervagatorum*», що викриває облудні

прийоми карткових шулерів. Гра велася в кублах, кабачках, і в 1541 році в Англії був виданий перший закон про переслідування власників гральних кубел. До сих пір згідно англійському загальному праву власники гральних будинків переслідувалися як організатори «загально-шкідливих справ (англ. *commonnuisance*), що створюють спокусу неробства і збирають разом значне число безпутніх людей».

Але, поступово азартні ігри знаходять поширення і при дворі, і серед знаті. Епохою розквіту цих ігор є час Людовиків XIII і XIV у Франції, причому одночасно з цими іграми поширюється і шулерство, в якому неодноразово викривалися найзнатніші особи вищого суспільства.

Мода на азартні ігри від двору Людовика переходить і до інших дворів Європи (до сих пір більшість азартних ігор зберігають свої французькі назви), і азартна гра стає улюбленим заняттям дворянства. Буржуазія кінця XVIII століття, зміцнюючи свій вплив в суспільстві, також поспішала засвоїти «дворянську моду», але поширення азартних ігор серед буржуазії приймає помітні розміри лише з 30-40 рр. XIX століття (в Німеччині і Росії ще пізніше).

Нівеліровка різних класів в азартній грі сталася лише з пристроєм великих гральних будинків, двері яких виявилися відкритими для всіх. До того азартна гра тільки тоді вважалася ганебною, якщо вона велася поза свого класового кола. Виникаючі в Росії з XIX століття гральні «клуби» мали різкий станово-класовий характер («англійський» -для знаті, «купецький» та ін.). Звичка до азартних ігор може сформувати у людини психологічну залежність - лудоманію. Ця залежність може представляти як соціальну, так і медичну проблему для суспільства. Одним з факторів ризику є особистісні особливості: емоційна нестійкість, знижений самоконтроль. Залежна поведінка досить часто супроводжується депресивними розладами. Дослідники відзначають ознаки зміненої свідомості, зокрема,

поглинення грою, концентрація уваги на грі з одночасною відстороненістю від навколишньої дійсності.

Боротьба з побічними явищами, пов'язаними з надмірним гральним азартом з давніх часів становила одну з задач адміністративної та кримінальної політики майже у всіх країнах світу. Суспільно-шкідливі звички зводяться до розвитку у населення звичок погоні за легким нетрудовим доходом, часом швидким збагаченням, яке часто приводить до залежності і зuboжіння; за пастку ризикувати на чужий рахунок, внаслідок чого збільшується кількість розтрат і присвоєнь; до розвитку гральних обманів, збільшення числа осіб, що живуть на рахунок інших. Незважаючи на азартний характер, покер на сьогоднішній день в законодавчому порядку визнаний офіційним видом спорту в цілому ряді країн. Федеральний суд Нью-Йорка визнав, що покер є грою, де «переважну долю впливу на результат надає майстерність».

В Росії здавна були відомі багато азартних ігор, з яких гру в карти і зернь переслідували і духовенство і уряд, які доручали вести спостереження за цим воєводам. З воєводських наказів XVII століття видно, що ігри в карти і зернь карали батогом, а самі карти і зернь велено було відбирати і спалювати.

При Петрі I спочатку військовим строго було заборонено грати в карти або кості на гроші (Військовий статут арт. § 59; Морський статут, кн. IV, гл. I, §§ 15, 19), а потім така заборона поширена на всіх: грати в гроші заборонено всім під погрозою потрійного штрафу тих грошей, які оберталися в грі (указ 17 грудня 1717 року). Це розпорядження підтверджено при імператриці Ганні Іоановні 23 січня 1733 року: «щоб ніхто, з'їжджаючи в партикулярних і вільних будинках, як в гроші, так на пожитки, двори і села і на людей ні в яку гру аж ніяк не грали». Крім обов'язки поліції спостерігати за цим, третина штрафу, який стягувався, призначалася донощику (№ 6313). Цим сподівалися протидіяти грі, яка поширювалася, але,

очевидно, марно: це розпорядження безперестанку повторювалося (№ 9380, 10714). Тільки в кінці царювання Єлизавети Петрівни (16 червня 1761 року) до закону було зроблено **відміну** між забороненими азартними і дозволеними, комерційними іграми: «дозволяється вживати гри в знатних дворянських будинках; тільки ж не на великі, але на найменші суми грошей, не для виграшу, але єдино щоб проводити час ».

При імператриці Катерині II спочатку видавалися загальні підтвердження про заборону азартних ігор (№ 11877, 12263, 12560), недійсності карткових боргів і про відмову на цій підставі в сплаті грошей кредиторам, якщо давали гроші свідомо на гру (№ 12593, 13677), а в «Статуті благочиння» ( 1781 рік ) постановлено: «гри домашнього та ігрища, позаяк в отої не входить беззаконня або противне узаконення, поліції не забороняє; в забороненої же грі дивитися на намір, з яким грали, і обставини. Буде гра гравцеві служити забавою або відпочинком посеред своєї сім'ї і з друзями, то і гра не заборонена і провини немає; якщо ж гра гравцеві служить єдиною вправою і промислом, або будинок, в якому відбувалася гра, відкритий день і ніч для всіх людей без розбору, і що тут же й тому відбувається зиск заборонений, то про те дослідивши, вчинити за законами. Прохання ж і позов про борг по грі так знищиться »(Уст. Благ. § 67).

Особливо на початку царювання імператора Олександра I уряд енергійно переслідує азартні ігри. Указами Петербурзькому військовому генерал-губернатору 1801 г. і Московському, 1806 г. наказувалось мати неослабні спостереження, щоб не було азартних ігор, винних відсилати до суду і про їхні імена доносити самому імператору. Положення, проведені за часів імператора Олександра I, і постанови з екатерининського «Статуту благочиння» перенесені майже без змін в «Статут про попередження і припинення злочинів» (ст. 444-449, т. XIV), який проіснував в Російській імперії до 1917 року. Закон розрізняв гри комерційні, дозволені від азартних, заборонених. Спостереження за тим, щоб такі азартні ігри ніде не велися, так само як і обов'язок вушукувати гральні будинки і порушувати судово

переслідування їх засновників та учасників покладено на органів виконавчої поліції. Наказуючи поліції, що повинна вона відкрити при розслідуванні (рід і знаряддя гри, час, місце її, учасників, мета гри і обставини, що пояснюють, в який намір грали), закон доручав поліції підходити з обережністю, щоб не заподіяти марних наклепів, образ і занепокоєнь ". У Москві тоталізатори були заборонені в 1889 році розпорядженням московського генерал-губернатора.

У Радянському праві в період, що передує новій економічній політиці і, всякого роду азартні ігри суворо переслідувалися як вид спекулятивного збагачення. 24 листопада 1917 вийшла постанова Петроградського Військово-Революційного Комітету про закриття всіх гральних клубів і кубел. Однак серйозної боротьби з гральним бізнесом більшовиками не велося і він продовжував існувати на нелегальному становищі. Рада Комісарів Петроградської Трудової Комуни навесні 1918 року розглянув і відкинув пропозицію М. І. Калініна про легалізацію і оподаткування (10-30 % від доходу) гральних закладів Петрограду. З 9 листопада 1921 року Радою Праці і Оборони РРФСР було допущено з особливого дозволу виконкомів пристрій на концесійних засадах гральних клубів, в яких дозволялася платна гра в «найазартніші ігри», також дозволялася продаж гральних карт.

З кінця 1923 року у зв'язку з соціологічним дослідженням дозвілля петроградських робітників і виявленням негативних явищ з ними пов'язаних, почалася широка кампанія по закриттю казино, залів для гри в лото і інших гральних закладів в «спальних районах» міст, для чого була сформована спеціальна комісія по боротьбі з самогоном, кокаїном і азартними іграми. У травні 1928 Раднарком заборонив гральні будинки повсюдно, а в Кримінальний кодекс додалася 201 стаття, яка загрожувала організаторам азартних ігор великим терміном тюремного ув'язнення. Дозволялися лише близькі до азартних ігор лотереї і тоталізатори на іподромах, ця ситуація зберігалася всі наступні роки існування СРСР. Найпопулярнішою і масовою

стала державна лотерея «Спортлото», яка почала свою діяльність з 1976 року, яка весь дохід направляла на фінансування спорту, в тому числі проведення Московської Олімпіади 1980 року.

З 1940 по 1973 рік видом спорту зізнавався також бридж, популярний насамперед у Ризі, де по ньому проводилися міжнародні турніри, але потім бридж був заборонений, тому що він не відповідав «Моральному кодексу будівника комунізму». Спортивний бридж офіційно визнаний Міжнародним олімпійським комітетом як вид спорту і увійшов в програму Перших Всесвітніх Інтелектуальних Ігор в Пекіні в 2008 році.

Королева Єлизавета спеціальною грамотою дозволила проведення першої англійської лотереї, яка була організована в 1569 році. Пізніше, як в Америці в її перебування колонією Англії, так і в незалежних Сполучених Штатах, лотереї процвітали, так як їх добре рекламували і вважали добровільним способом поповнення загальнонародної скарбниці. Однак, через те що регулярно повторюються скандали і політичні нападки на лотереї, в XIX столітті вони були повсюдно заборонені в США. До практики проведення легальних лотерей повернулися тільки в 1963 році в штаті Нью-Гемпшир, а в період між 1965 і 1993 роками 35 штатів і округ Колумбія ввели державні монополії на організацію лотерей.

Останнім часом ставлення громадськості до азартних ігор в США змінюється в бік терпимості. За даними науково-дослідного інституту громадської думки Gallup, більше 67 % опитаних висловили думку, що не бачать в цьому явищі нічого поганого і вважають, що заборона на азартні ігри в багатьох штатах не несе суспільству ніякої користі.

Християнська церква ставить негативно до азартних ігор, мотивуючи це тим, що такі ігри провокують несхвалену церквою пристрасть до швидкої безпідставної наживи і можуть мати несприятливі соціальні наслідки. Захоплення азартними іграми є приводом для відлучення з сану клірика, як в Православ'ї, так і в католицтві; і приводом для відлучення

від церкви мирянина в Православ'ї. Відомо два соборних постанови про заборону ігор, обидва на азартну гру - кістки ; це 42 правило святих апостолів :

*Єпископ, або пресвітер, або диякон, грі в кістки (грец. Κύβοις; лат. Aleator ) і п'янству відданий, або нехай припинить, або нехай буде позбавлений сану*

і 50 правило Трульського собору 692 року:

*Ніхто з мирян і кліриків надалі так не віддається грі в кістки (κυβέειν). Якщо ж хто усмотрен буде творить це: то клірик нехай буде позбавлений кліру, а мирянин нехай буде відлучений від спілкування церковного.*

Правило в Кормчій Сави Сербського виглядає наступним чином: «Ні мирським людям играти не подібне». Завдяки невірним перекладам цих правил, в подальшому 42 правило і 50 правило в Російській помісній церквах були тлумачені як заборона взагалі на будь-які ігри. Соборна заборона на ігри: зернь, шашки, шахи і кістки була прийнята в 1551 році Стоглавим собором:

*Святого вселенського шостого собору правило 50 і 51 забороняє будь-яке играніе. П'ядесятное убо правило собору цього забороняє играти всім і паламарем, і мирським людиною зерню і шахи, і тавляями, і вліріями, рекшекістьми, та іншими такими іграми. 51 правило всяке играніе забороняє і відмітає і паламарем, і простим людям.*

В ісламі накладена заборона на азартні ігри. Тому в більшості ісламських країн азартні ігри поза законом. В іудаїзмі азартні ігри також заборонені. Хоча в Торі немає згадки про них, ігри засуджуються в Талмуді.

**Інтернет-залежність** (або *інтернет-адикція*) - нав'язливе прагнення використовувати Інтернет і надмірно користування ним, проведення великої кількості часу в мережі. Розлад було описано в 1995 році нью-йоркським психіатром Айвенем Голдбергом. Запропоноване ним опис базується на описі розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами. А.Голдберг виділив, що використання Інтернету викликає хворобливий негативний стресовий стан або дистрес . У 1997-1998 рр. були створені дослідні та консультативно-діагностичні служби з даної проблематики. В 1998-1999 роках вийшли перші монографії з проблеми (К. Янг, Д. Грінфілд і ін.).

В 2009 році відбувся симпозіум «Інтернет-залежність: психологічна природа і динаміка розвитку» за участю психіатрів, психологів, соціологів, за матеріалами якої видано першу збірку про інтернет-залежності. У неї були включені і переклади повних текстів доповідей основних зарубіжних дослідників цієї проблеми. Медики визнають нормальну прихильність суб'єкта до проведення часу за комп'ютером, виділяючи при цьому як досить характерні психічні, так і фізичні симптоми.

Залежність (наркотична) в медичному сенсі визначається як нав'язлива потреба у використанні звичної речовини, що супроводжується зростанням толерантності і вираженими фізіологічними і психологічними симптомами. Зростання толерантності означає звикання до все більшим і більшим дозам. Також залежність (адикція) в психології визначається як нав'язлива потреба, відчувається людиною, порухатися до певної діяльності.

Проте відзначено і позитивний вплив Інтернету на психічне здоров'я. Американські дослідники виявили, що користування Інтернетом покращує діяльність мозку у людей середнього та похилого віку завдяки стимуляції мозкових центрів, відповідальних за прийняття рішень і складні міркування. Згідно з результатами дослідження, звіт про який був опублікований в *American Journal of Geriatric Psychiatry*, відвідування Інтернету викликає



активацію областей мозку, які контролюють пам'ять, мову, читання і зір. Крім того, при пошуку в Інтернеті активуються мозкові центри, відповідальні за складні міркування і прийняття рішень, завдяки необхідності вирішувати, яку із запропонованих посилань вибрати для отримання необхідних даних (при читанні книг подібної активації відповідних областей мозку не відбувається).

За даними різних досліджень, інтернет-залежними сьогодні є близько 10 % користувачів у всьому світі. Незважаючи на відсутність офіційного визнання проблеми, інтернет-залежність вже приймається в розрахунок у багатьох країнах світу. Наприклад, в Фінляндії молодим людям з інтернет-залежністю надають відстрочку від армії. Китай в 2008 році заявив, що збирається стати піонером в світі за офіційним визнанням цієї залежності хворобою, і першим почав відкривати клініки. Однак в китайських закладах використовують стрийову підготовку та електрошок; відзначають бузувірські методи лікування, які призводили до смерті підлітків-пацієнтів. В 2009 році в США з'явилася перша лікарня, що займається лікуванням «інтернет-залежності»

*Основні 6 типів інтернет-залежностей на думку психолога ДРЕП М.І. такі:*

1. Нав'язливий веб-серфінг (інформаційне перевантаження) - нескінченні подорожі по Всесвітній павутині, пошук інформації.
2. Пристрасть до віртуального спілкування і віртуальних знайомств - великі обсяги листування, постійна участь в чатах, веб-форумах, надмірність знайомих і друзів в мережі.
3. Ігрова залежність - нав'язливе захоплення комп'ютерними іграми по мережі.
4. Нав'язлива фінансова потреба - гра по мережі в азартні ігри, непотрібні покупки в інтернет-магазинах або постійні участі в інтернет-аукціонах.
5. Пристрасть до перегляду фільмів через Інтернет.

6. Киберсексуальна залежність - нав'язливе потяг до відвідування порносайтів і заняття кіберсексом.

*Трудоголізм* - термін, що позначає прагнення людини надмірно працювати, що виходить за рамки природної працьовитості. Висловлює (за аналогією з алкоголізмом) адиктивний аспект цієї якості, тобто хворобливу психологічну «трудозалежність». Людей, які проявляють ці риси, називають трудоголіками. Даний термін (англ. Workaholic) почали вживати слідом за публікацією в США в 1971 р. книги У. Оутса «Сповідь трудоголіка».

Трудоголізм виявляється в сприйнятті роботи, як єдиного (або максимально значимого) засобу самореалізації, досягнення визнання і отримання суб'єктивного задоволення від життя. Для трудоголіка робота стоїть на чільному місці в житті, залишаючи позаду все інше: особисте життя, сім'ю, розваги, суспільну діяльність, відпочинок. Якщо раніше на трудоголізм дивилися іронічно (але в цілому схвально) - відношення характеризувалося виразами типу: «ось з кого повинні брати приклад всі інші», «він (вона) наполегливо працює, і багато чого доб'ється», то в останні десятиліття психологи відзначають, що трудоголізм далеко не нешкідливий і навіть небезпечний для здоров'я.

- Трудоголізм - ознака психологічного неблагополуччя: людина «ховається за роботу» через втрату здатності повноцінно спілкуватися з оточуючими і для відходу від власних невирішених (часто - психологічних) проблем.
- Трудоголіки своїм непомірним прагненням до роботи самі не помічають, як шкодять собі і оточуючим. Надмірна трудове навантаження шкодить і в чисто медичному аспекті: наслідком цього є хронічна перевтома, стреси, і, як наслідок, - психічні та соматичні захворювання. Крім того, соціальні проблеми, що виникають через те, що трудоголік не приділяє достатньої уваги «позаробочим» справам і

спілкуванню з близькими, можуть бити не тільки особисто по ньому, але і іншим.

Внаслідок цього в деяких країнах досить широкі масштаби приймає лікування від трудоголізму, що полягає, як правило, в соціальній адаптації трудоголіків, в навчанні їх спілкуванню з людьми, спробі прищепити трудоголікам інтереси і захоплення, не пов'язані з роботою.

Альтернативні дослідження показують, що існує оптимальний рівень трудоголізму для ефективної роботи і доброго здоров'я, який досягається шляхом надання трудоголікові доступу до додаткових ресурсів, таким, як персонал, відпочинок, обладнання та соціальна підтримка.

Навіть якщо людина не вживає наркотики і не отруєє свій організм алкоголем або нікотином, він все одно намагається знайти для себе лазівку в круговерті повсякденності, через яку «тікає» на час в особливий, «альтернативний» стан - будь це азартна гра, що розбурхує нерви гірськолижний «екстрим», або новомодна секта, що відкриває «секрети вічного життя», або в віртуальний «рай» комп'ютера. Виділяють навіть психологічну залежність від якоїсь людини або від важких травмуючих, що стали нав'язливими, спогадів.

Всі ці численні залежності так різноманітні, що іноді вкрай важко відшукати в них будь-яку логічну закономірність. Дійсно, що може бути спільного між азартним гравцем, що не представляє життя без шоколадних цукерок і домогосподаркою, як і проводять весь свій час на роботі трудоголіком? І що це за хвороба така - «залежність»? У людини може виникнути залежність, якщо його настрої, думки, поведінку, відчуття комфорту жорстко залежать від якогось зовнішнього чинника.

Робота у трудоголіка поступово перетворюється на своєрідний «щит» від страху, тривоги, невпевненості в завтрашньому дні, негараздів в особистому житті. Людина використовує роботу, як засіб втечі від особистих проблем і труднощів. Але, отримавши одного разу задоволення і ейфорію

після відмінно виконаної роботи (коли відчуття власної значущості зростає до небес!), Така людина одного разу починає відчувати дискомфорт, не отримавши таку ейфорію знову і знову. Він починає підсвідомо шукати це жадане, яке, можливо, так і залишиться недосяжним ні вдома, ні серед близьких, ні де-небудь ще. Точно так же наркоман в реальному житті не може знайти альтернативу того стану, який йому дає наркотик. Так само, як і алкоголізм, трудоголізм поступово може стати стилем життя: людина не тільки втрачає друзів і близьких, а й здоров'я (особливо психічне), «спалює» душу і тіло. Поступово трудоголізм переходить в душевне і фізичне «вигорання» ( «згорання на роботі» ). Термін цей добре відомий, і фраза «згорів на роботі» вважається крахом професійної діяльності і вкрай невмілого розподілу своїх ресурсів.

Основні ознаки трудоголіка:

- Після напруженої роботи трудоголікові неможливо переключитися на іншу діяльність.
- Занепокоєння про роботу заважає йому під час відпочинку.
- Трудоголік вважає, що задоволення можна відчути лише в роботі.
- Трудоголік відчуває себе енергійним, впевненим і самодостатнім, тільки працюючи, або думаючи про роботу.
- Якщо він не працює, то відчуває незадоволеність і роздратування.
- Така людина зазвичай в побуті похмура, непоступлива, ранима, але різко перетворюється в кращу сторону на роботі.
- Завершуючи будь-яку справу, трудоголік відчуває розчарування від того, що скоро «все це закінчиться».
- Він відразу починає розмірковувати про наступні справи і робочий день.
- Трудоголік органічно не розуміє сенсу відпочинку та отримання радості від нього.

- Він панічно уникає стану «байдикування».
- Відсутність роботи для трудоголіка - це однозначно неробство і лінь.
- Після роботи для того, щоб зрозуміти, чого хочуть близькі, трудоголіку потрібно зробити над собою неймовірне зусилля.
- Навіть вдома його думки постійно зосереджені на об'єкті роботи.
- Журнали, фільми та розважальні програми викликають у нього роздратування (хоча він може приховувати це).
- Розповіді приятелів про любовні пригоди здаються трудоголікові нудними і порожніми.
- Для нього характерні слова: «все», «завжди», «я повинен».
- Зазвичай трудоголік ставить перед собою цілі, яких він не може досягти, і пред'являє до себе завищені вимоги.
- Розповідаючи про свою роботу, йому зручніше говорити «ми», а не «я».
- Невдача на роботі їм сприймається як особиста катастрофа.

**Співзалежність** - патологічний стан, що характеризується глибокою поглиненою і сильною емоційною, соціальною або навіть фізичною залежністю від іншої людини. Найчастіше термін вживається по відношенню до родичів і близьких алкоголіків, наркоманів та інших людей з будь-якими залежностями, але далеко не обмежується ними.

Співзалежна людина, дозволивши поведінкою іншої людини впливати на нього, стає повністю поглиненою тим, щоб контролювати дії цієї іншої людини, і таким чином регулювати власний стан.

*Для стану співзалежності типово:*

- оману, заперечення, самообман;
- компульсивні дії;

- «заморожені» почуття ;
- низька самооцінка , ненависть до себе, почуття провини ;
- придушений гнів , неконтрольована агресія ;
- тиск і контроль за іншою людиною, нав'язлива допомога;
- зосередженість на інших, ігнорування своїх потреб, психосоматичні захворювання ;
- проблеми спілкування, проблеми в інтимному житті, замкнутість, депресивна поведінка, суїцидальні думки.

У соціальній психології виділяється кілька ролей співзалежних людей. Відома модель « Трикутник Карпмана », в якій виділяють:

- роль «рятівника»;
- роль «переслідувача»;
- роль «жертви».

Прагнення людини до відносин з іншими людьми обумовлено інтенцією (спрямованістю) психіки, а також інстинктами. Будь-які відносини - свого роду ланцюг, незалежно від того отримує людина або віддає (емоції, матеріальні цінності). Співзалежність варто розглядати як взаємозалежність людей, при цьому не можна заперечувати величезного числа позитивних аспектів взаємодії, що і послужило причиною соціальної поведінки тварин і людини.

Співзалежність - це зручний евфемізм, що маскує проблеми соціалізації, соціальної дезадаптації і безвідповідальної інфантильної поведінки з претензією на отримання безумовної або тотальної любові від фігури, на яку проектується образ батька. Поняття співзалежності може бути застосовано швидше до близьких людей людини з адиктивною поведінкою, внаслідок чого рідні і близькі відчують непрямі наслідки згубної пристрасті цієї людини на себе. Термін співзалежність в зв'язку з цим не повинен застосовуватися до емоційної залежності, коли відбуваються ігри на кшталт

«я хороший-ти злий» і до матеріальної залежності від іншої людини, так як у кожного є свобода волі і соціальна підтримка держави.

**Шопінг** (англ. *Shopping*) - форма проведення часу у вигляді відвідування магазинів, зазвичай в торгових центрів і комплексів, і покупки товарів - одягу, взуття, аксесуарів, головних уборів, подарунків, косметики та ін.

Найчастіше під «шопінгом» розуміється не просто покупка товарів, а весь комплекс, що включає також і попутні розваги (ресторани, кафе, кіно). У сучасному постіндустріальному суспільстві приблизно третину від усіх вироблених товарів призначені для задоволення «реальних», життєво важливих потреб людей, а інша частина в основному відноситься до «необов'язкової» групи (нові модні моделі мобільних телефонів, кольорові «бульварні» журнали, «спалювачі жиру» і т. п.).

Як і у випадках з алкоголем, наркотиками, азартними іграми, інтернетом, їжею, при захопленні шопінгом може розвинутися хвороблива залежність - *ониоманія*, в просторіччі «шопоголізм». Психологам в процесі досліджень вдалося підтвердити, що люди, схильні до магазиноманії (ониомании), при частих походах за покупками, починають набувати залежність від цього процесу, перебуваючи в стані ейфорії і знімаючи таким чином напругу.

В останнє десятиліття набирає обертів так званий шопінг-туризм. Шопінг-тури розрізняються по дальності передбачуваних поїздок: близьке і далеке зарубіжжя. Під ближнім зарубіжжям в основному розуміється південь Фінляндії Естонія, рідше - Латвія, для Далекого Сходу це Китай і Південна Корея. Під далеким - в більшості столиць європейських держав - Лондон (Англія), Париж (Франція), Відень (Австрія), Рим, Мілан (Італія)

У країнах Європи є цілі «торгові села» або *outlet villages*. Їх кількість порядку 10. Тут продається різноманітний якісний товар, від шпильок до шикарних суконь. Примітно те, що ціни в торгових селах нижче в порівнянні з магазинними іноді до 70%. «Торгові села» дуже популярні як і у самих

європейців, так і у приїжджих з-за якості товарів, широкого асортименту і величезних знижок. В Італії, Франції, Англії, Німеччині та інших європейських країнах регулярно проводяться розпродажі. У період розпродажів за низькими цінами продається не тільки одяг, взуття, а також і інші групи товарів, що призводить до великому попиту з боку споживачів. Період проведення розпродажів часто поєднують зі святами. Найбільш масові розпродажі зі значними знижками відбуваються в різдвяні дні.

Після введення Митним союзом нових правил з міжнародних поштових відправлень, згідно з якими протягом одного календарного місяця, без сплати мит, можна отримати з-за кордону товари на суму до 1000 євро, почав набирати обертів так званий онлайн-шопінг в закордонних інтернет-магазинах. Для того, щоб замовити товар з інтернет-магазинів Європи, необхідно скористатися послугами посередників на замовлення товарів з інтернет-магазинів Європи, так як європейські магазини зазвичай не пропонують доставку товарів за межі ЄС.

**Анорексія** ( грец. А- - без-, не-, ὄρεξις - позив до їжі) - синдром , що полягає в повній відсутності апетиту при об'єктивній потребі організму в харчуванні, який супроводжує більшість метаболічних захворювань, інфекцій , хвороб травної системи, зокрема паразитарних інфекцій, а також виникає з інших причин. Анорексія може призводити до білково-енергетичної недостатності. Виділяють такі різновиди синдрому:

- *Первинна анорексія* - втрата відчуття голоду, пов'язана з гормональною дисфункцією, неврологічної патологією, злоякісними пухлинами.
- *Лікарська анорексія* - викликана прийомом спеціальних *анорексигенних* препаратів з метою зниження маси тіла **або** побічною дією інших препаратів ( антидепресантів ,психостимуляторів , антагоністів гормонів і ін )

**Нервова булімія** (від грец. Βοῦς - бик і λιμός - голод, також *вовчий голод, кінорексія* ) - розлад прийому їжі , для якого характерні три основні



ознаки: 1) переїдання (тобто безконтрольне споживання їжі у великій кількості); 2) регулярне застосування методів, покликаних впливати на масу тіла і фігуру, таких як очищення шлунково-кишкового тракту(викликання у себе блювоти, зловживання проносними ), суворе дотримання дієти або голодування, виснажливі фізичні вправи; 3) зайва залежність самооцінки від фігури і маси тіла.

Булімія зустрічається при деяких захворюваннях центральної нервової системи, ендокринної системи, психічних розладів. Багатьма фахівцями вона визнається різновидом самоушкодження. Для пацієнтів з булімією характерна, як правило, нормальна вага.

Тяга до переїдання може проявлятися у вигляді однієї з декількох форм:

- приступообразне поглинання великої кількості їжі ( апетит при цьому з'являється раптово);
- постійне харчування (людина їсть, не перестаючи);
- нічне харчування (напади голоду трапляються вночі).

Напади переїдання супроводжуються почуттям болісного голоду , загальною слабкістю, болями в надчеревній ділянці. Надмірна їжа і примусове очищення шлунка в поєднанні зі слабкістю нервової системи або характеру можуть привести до серйозних ускладнень: від неврастенії , руйнування взаємин з близькими та втрати інтересу до життя до лікарської або наркотичної залежності і смерті. Булімія може також викликати гостру серцеву недостатність.

### **Особистісні особливості, що приводять до розвитку адиктивної поведінки.**

Аддиктивна поведінка характерна для людей з низькою переносимістю психологічних труднощів, які погано адаптуються до швидкої зміни життєвих обставин, які прагнуть в зв'язку з цим швидше і простіше досягти

психофізіологічного комфорту. Адикція для них стає універсальним засобом втечі від реального життя.

Таким чином, можна виділити наступні психологічні особливості осіб з адитивними формами поведінки:

- Знижена переносимість труднощів повсякденного життя, поряд з добре переносими кризовими ситуаціями.
- Прихований комплекс неповноцінності
- Зовнішня соціабельність, що поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами.
- Прагнення говорити неправду.
- Прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні.
- Прагнення уникати відповідальності в прийнятті рішень.
- Стереотипність, повторюваність поведінки.
- Залежність.
- Тривожність.

### **Основні напрямки вивчення адиктивної поведінки.**

1. *Персонологічний підхід*, згідно з яким одні типи особистості більш схильні до адиктивної поведінки, ніж інші. Наприклад, вивчаючи випадки алкогольної залежності, був зроблений висновок, що специфічної алкогольної особистості не існує.

2. *Психодинамічний підхід* підкреслює множинну причинність, що залежить не тільки від особливостей особистості, але і від оточення і особливостей взаємодії особистості з оточенням. Особистісні особливості грають роль лише певних чинників.

3. *Мотиваційний підхід* до вивчення адиктивної поведінки відображений в теорії реактивного опору. Згідно з її положеннями, мотивація актуалізується

тоді, коли з'являється загроза свободі поведінки індивіда . Реактивний опір має наступні основні параметри: попереднє очікування свободи, сила загрози свободі, важливість свободи для особистості, співвіднесення загрози зі своєю свободою.

4. *Теорія соціального навчання* дозволяє аналізувати фактори, що викликають і підкріплюють вживання психоактивних агентів .

5. *Теорія очікуваної дії* включає в модель адикції когнітивний компонент. Адикція розуміється тут як альтернативна реакція подолання. Очікування позитивних ефектів від наркотиків підвищує вірогідність такого розуміння. Відповідно, споживання дозволяє нівелювати почуття відповідальності за свої дії .

### **Шляхи позбавлення від адикцій.**

Одним із способів позбавлення від адиктивної поведінки або зменшення адиктивної залежності є участь в групах взаємодопомоги ( англ. *Addiction recovery groups* ), коли люди, схильні до тієї чи іншої залежності, збираються разом, для того щоб ділитися проблемами і підтримувати один одного на шляху позбавлення від нав'язливих потреб.

Відомим прикладом подібних груп є спільноти «Анонімних алкоголіків» . Єдина умова для членства - це бажання припинити пити. Члени «Анонімних алкоголіків» не платять ні вступних, ні членських внесків, вони самі себе утримують на свої добровільні пожертвування. Головною метою проведення зборів груп є збереження тверезого способу життя (невживання алкоголю), а також допомога іншим у вирішенні цієї проблеми. Спілкуючись на зборах, учасники діляться своїм досвідом, силою, розповідають про те, ким були, що з ними сталося і як їм живеться в даний час. Паралельно групам «Анонімних Алкоголіків» часто створюються групи для співзалежних - тобто для родичів або близьких людей, на чие життя звичка залученої людини робить негативний вплив.

На основі досвіду «Анонімних алкоголіків» були створені аналогічні групи взаємодопомоги інших залежностей: Анонімні Наркомани, Дорослі Діти Алкоголіків, Анонімні Курці, Анонімні Азартні Гравці і ін. В цілому, різні групи використовують різні методи від абсолютно нецерковних до виражено релігійних. Існує припущення, що соціальна взаємодія збільшує ймовірність успіху в позбавленні від залежності на увазі колективної ефективності і внаслідок того, що виділяються в ході зустрічей нейротрансмітери можуть спровокувати почуття задоволення природним шляхом без необхідності приймати наркотики або алкоголь.

В основі діяльності багатьох груп взаємодопомоги лежить програма «12 кроків» (англ. *Twelve – step program*). Спочатку запропоновані «Анонімними Алкоголіками» як метод позбавлення від алкоголізму<sup>1</sup>, дванадцять кроків були опубліковані в книзі «Анонімні алкоголіки» (англ. *The Big Book*) в 1939 році. Надалі метод був адаптований для інших форм залежностей.

Американська психологічна асоціація виділяє наступні кроки в даному методі:

- визнання учасника, що він не може контролювати власні залежності або компульсії;
- прийняття того, що існує вища сила, яка здатна дати сили;
- аналіз минулих помилок за допомогою людини, яка вже пройшла через це;
- виправлення цих помилок;
- навчання життя без залежності згідно з новими правилами поведінки;
- допомога іншим людям, що страждають від такої ж залежності або нав'язливої поведінки.

Разом з подібними групами також існує спектр профілактичних і терапевтичних підходів для боротьби з адикціями. Наприклад, поширеною

замісною терапією наркоманії, викликаної вживанням опіатів ( героїн і ін.), є метадонова замісна терапія . Терапія метадоном передусім має на меті соціалізацію наркоманів, отучення їх від внутрішньовенного введення наркотиків. Терапія проводиться строго під наглядом лікаря і передбачає участь інших необхідних фахівців. Як правило, метадон використовують у вигляді рідкої субстанції, змішаної з сиропом, і приймається він перорально . Іншим наркотичним анальгетиком, що застосовуються для замісної терапії, є бупренорфін , який, можливо, більш безпечний, ніж метадон . . Обмежуючим фактором для більш широкого застосування його в замісної терапії є ціна препарату (за деякими оцінками він мінімум в 10 разів дорожче, ніж метадон).

Проводяться дослідження, що показують можливість синтезування антитіла , які б перешкождали впливу наркотиків на мозок, мінімізуючи відчуття задоволення. Останнім часом розроблені вакцини проти кокаїну, героїну, метамфетаміну і нікотину. Здійснюється тестування даних препаратів з надією використати їх як профілактичний і відновний засіб для страждаючих адикціями або схильних до них.

Ще одним методом, що розглядаються для застосування в лікуванні адикцій, є метод стимуляції глибоких структур головного мозку ( англ. *Deep brain stimulation* ). Даний метод полягає у імплантації шляхом хірургічного втручання в мозок пацієнта спеціального апарату, який в подальшому здійснює на певні зони мозку слабоелектричний вплив. В даний час метод застосовується для лікування, наприклад, рухових розладів, таких як хвороба Паркінсона, але є припущення, що він може виявитися ефективним і для адикцій. Вплив може здійснюватися на центр підкріплення ( англ. *Nucleus accumbens*), смугасте тіло , на верхню частину стріатума ( *dorsal striatum* ) і на медіальну префронтальну зону кори головного мозку .

## **Актуальні питання алкогольної залежності. Клініка, лікування**

### **Алкогольна залежність (короткий історичний екскурс)**

Залежність від вживання алкоголю (раніше – алкоголізм) — є хронічне психічне прогресивне захворювання, різновид токсикоманії, що характеризується пристрастю до алкоголю (етилового спирту), з психічною і фізичною залежністю від нього. Вона характеризується втратою контролю над кількістю випитого алкоголю, зростанням толерантності до алкоголю (наростання доз спиртного, потрібних для досягнення задоволення), абстинентним синдромом, токсичним ураженням органів, а також провалами пам'яті на окремі події, що відбувалися в період сп'яніння.

Всесвітня організація охорони здоров'я вважає, що на початку 2000 років було близько 140 млн хворих на алкоголізм. Журнал Американської медичної асоціації (Journal of the American Medical Association) визначає алкоголізм як «первинне, хронічне захворювання, що характеризується порушенням контролю над прийомом спиртного, пристрастю до алкоголю, вживанням алкоголю, незважаючи на негативні наслідки і спотворенням мислення». DSM-IV (стандарт діагностики в психіатрії та фізіології) визначає зловживання алкоголем як повторюване вживання, незважаючи на рецидивуючі негативні наслідки. За даними APA Dictionary of Psychology, алкоголізм — це повсякденна назва для терміна алкогольна залежність. Слід врахувати, що існує суперечка про те, яка залежність тут мається на увазі: фізична (характеризується синдромом абстиненції), психологічна (заснована на підкріпленні умовного рефлексу) або і та, і інша.

Термін «хронічний алкоголізм» був вперше застосований у 1849 році шведським лікарем і громадським діячем М. Гуссом (M. Hüss), який так позначив сукупність патологічних змін, що відбуваються в організмі людини при тривалому, надмірному вживанні спиртних напоїв. Тривалий час, однак, не робилося відмінності між пияцтвом (непомірним вживанням спиртних напоїв) та алкоголізмом (хворобою). В XIX і початку XX століть алкогольна

залежність в цілому називалася дипсоманія, але зараз цей термін має інший зміст. Уявлення про алкоголізм як хворобу було закріплено працями Е. Крепеліна, К. Бонгеффера, Е. Блейлера, С. С. Корсакова, С. Р. Жислина, В. В. Стрільчука. Алкоголізм був затверджений ВООЗ як хвороба в 1952 році.

Протягом усього ХХ століття спостерігалася стійка тенденція до збільшення числа хворих алкоголізмом. Наприклад, середньозважений щорічний показник поширення алкоголізму в 15 економічно розвинених країнах становив 0,3 на 1000 населення в 1900-1929 роках, 12,3 — у 1956-1975 роках; тільки з 1930 по 1965 роки кількість хворих алкоголізмом збільшилася більш ніж в 50 разів. Великі епідеміологічні дослідження алкоголізму проводяться з 1980-х років; вони показують, що поширеність алкоголізму та пияцтва в різних країнах значно відрізняється. Так, перші дослідження епідеміології алкоголізму в розвинених країнах показали, що алкоголізм найбільш поширений у Франції, далі слідували США, Швейцарія та Швеція. Проте з часом показники змінювалися; так, у США споживання алкоголю знизилося, а в країнах колишнього СРСР і Японії — зросла. До початку ХХІ століття у світі вироблялося понад 200 млрд літрів алкогольних напоїв на рік; у всіх розвинутих країнах більшість населення у віці старше 15 років вживало спиртні напої, при цьому близько 1/6 чоловіків і близько 1/13 жінок вживали алкоголь щодня. Споживання алкоголю на душу населення в розвинених країнах становить 7-14 літрів на рік.

### **Етіологія та патогенез алкогольної залежності.**

Безумовно, причиною прийняття алкоголю є такий його вплив на людину, як ейфорія, сонливість, помилково зігриваючі властивості та інші. Існує багато поглядів на етіологію алкоголізму. Так, наприклад, W Sudduth (1977) вважав, що основа розвитку захворювання відбувається за впливу етанолу на шлунково-кишковий тракт. По його теорії, це відбувається тому, що етанол пригнічує всмоктування корисних речовин, але зате посилює всмоктування токсину. Поступово токсинів стає все більше, і тут етанол стає

єдиним антибактеріальним і нейроблокуючим агентом. Він тимчасово покращує стан і визначає «компульсивний потяг. Виникає замкнене коло: «Саме токсичне порочне коло пояснює неврологічну і генетичну симптоматику алкоголізму».

Сьогодні увага приділяється впливу гострого і хронічного споживання алкоголю на функцію нейрохімічних систем мозку, наприклад, значну увагу в механізмах дії етанолу на ЦНС приділяють  $\gamma$ -аміномасляної кислоти — ГАМК. Спільною ланкою, для формування залежності є вплив речовини на катехоламінову, зокрема на дофамінову, медіацію в області локалізації систем підкріплення мозку. Багато що залежить від біологічних, психологічних і соціальних факторів.

- *Соціальні фактори.* Ще у XIX столітті було доведено, що з підвищенням добробуту рівень алкоголізації населення збільшується. 10 % чоловіків-алкоголіків і 50 % жінок-алкоголічок перебувають у шлюбі з алкоголіками. Сприяють пияцтву, а потім і алкоголізму багато традицій.
- *Біологічна схильність до пияцтва (або фізіологічні фактори).* Існують і існували і такі погляди. Гени, варіації і мутації яких асоційовані з рівнем споживання алкоголю і ризиком алкоголізму: ADH1B.
- *Психологічний фактор.* Будучи депресантом центральної нервової системи, алкоголь здавна використовувався людиною і, за винятком деяких релігій, був навіть в центрі таїнств. Якщо на ранніх етапах життя людини було неможливо індивідуальне пияцтво, то з прогресом цивілізації воно набуває своє місце. Слабка, погано організована особистість все більше втрачається в цьому світі, простягаючи руки до пляшці. Важкою формою є алкоголізація на тлі певного психіатричного захворювання. У одних досить швидко виникають психотичні розлади, а у інших процес є повільним, деструктивно-органічним. В результаті багатогранних досліджень отримав освітлення єдиний радикал різноманітної патології — гіпоадренергія алкоголіків.



Нерозкритим залишається і вплив залежно від конкретної нейрональної системи. Судити можна лише з того, які органи піддаються найбільшій хронічній інтоксикації. Діючий компонент алкогольних напоїв — етанол — швидко всмоктується в шлунково-кишковому тракті, проникаючи в мозок людини, вступаючи в контакт з нервовими клітинами. Концентрація етанолу в крові досягає максимуму через 45-90 хвилин після вживання спиртного напою. Етанол виводиться з організму в незміненому вигляді легенями, нирками, молочними та потовими залозами і з калом, і шляхом біотрансформації, яка відбувається в основному в печінці.

Протягом перших діб триває руйнування і виведення алкоголю з організму:

1. Окислення в цитозолі:  $C_2H_5OH + 2NAD \rightarrow C_2H_4O + 2NAD^+H$  — головний шлях виходу у здорових людей, метаболізуючий 70-80 % етанолу.
2. Окислення з допомогою мікросомальної етанолокислювальної системи печінки.
3. Нарешті, окислення за допомогою каталази, оксидаз і пероксидаз тканин. У здорових людей він становить 15 % метаболізму етанолу, у хворих алкоголізмом його роль зростає.

Завершальний шлях ацетальдегіду: перетворення за допомогою алкогольдегідрогенази у ацетат, який за участю ацетил-КоА окислюється до вуглекислоти води:  $C_2H_4O \rightarrow \text{ацетат} \rightarrow CO_2 + H_2O + \text{енергія}$ . Швидкість окислення у здорової людини постійна і становить приблизно 0,1 г чистого етанолу на кг маси людини в годину. До 10 % прийнятого алкоголю виділяється в незмінному вигляді через нирки та з диханням. Природним способом захисту організму від потрапляння надмірної кількості алкоголю є блювотний рефлекс, який слабшає у міру розвитку хвороби.

Алкогольна залежність відрізняється наростаючою симптоматикою психічних порушень і специфічних алкогольних уражень внутрішніх органів.

Патогенетичні механізми впливу алкоголю на організм опосередковані декількома типами дії етанолу на живі тканини і, зокрема, на організм людини. Основною патогенетичним ланкою психоактивної дії алкоголю є активація різних нейромедіаторних систем, особливо катехоламінової системи. На різних рівнях центральної нервової системи ці речовини (катехоламіни та ендогенні опіати) визначають різні ефекти, такі як підвищення порогу больової чутливості, формування емоцій і поведінкових реакцій. Порушення діяльності цих систем внаслідок хронічного споживання алкоголю викликає розвиток алкогольної залежності, абстинентного синдрому, зміна критичного ставлення до алкоголю тощо. При окисленні алкоголю в організмі утворюється отруйна речовина — ацетальдегід, що викликає розвиток хронічної інтоксикації організму. Особливо сильну токсичну дію ацетальдегід проявляє на стінки судин (стимулює прогресію атеросклерозу), тканини печінки (алкогольний гепатит), тканини мозку (алкогольна енцефалопатія).

### **Класифікації алкогольної залежності**

Стадії хвороби (за В.В.Стрельчуком та згідно до МКЗ – 9)

Алкоголізм характеризується сильною психічною і фізичною залежністю від алкоголю (алкогольна залежність). Алкоголізм як патологія проходить кілька етапів розвитку, що характеризуються поступовим збільшенням алкогольної залежності, зменшенням можливості самоконтролю щодо вживання спиртних напоїв, а також прогресивним розвитком різних соматичних порушень, викликаних хронічною інтоксикацією алкоголем. Найбільш проста диференціація алкоголізму ґрунтується на присутності клінічних і психічних ознак алкогольної залежності, а також частоті і кількості вживаного алкоголю. Розрізняють наступні групи осіб:

1. Особи, які не вживають алкоголь
2. Особи, які помірно споживають алкоголь

### 3. Особи, що зловживають алкоголем (розвиток алкогольної залежності)

- Без ознак алкоголізму
- З початковими ознаками алкоголізму (втрата ситуаційного та дозового контролю, запої)
- З вираженими ознаками алкоголізму (регулярні запої, ураження внутрішніх органів, психічні порушення, властиві алкоголізму)

З вищенаведеної класифікації можна помітити, що алкогольна залежність розвивається від випадкових епізодів вживання алкоголю до розвитку важкого алкоголізму. У рамках представлення про алкоголізм як про прогресивне хронічне захворювання у розвитку алкоголізму розрізняють три основні стадії.

#### Перша стадія

На першій стадії алкоголізму хворий часто відчуває важке бажання вжити алкоголь. При неможливості вживання спиртного почуття потягу на час проходить, проте у разі вживання алкоголю контроль по відношенню до кількості випитого різко падає. На цій стадії захворювання стан сп'яніння нерідко супроводжується надмірною дратівливістю, агресивністю і навіть випадками втрати пам'яті у стані сп'яніння. У алкоголіка зникає критичне ставлення до пияцтва і з'являється тенденція виправдати кожен випадок споживання алкоголю. У кінці першої стадії починається помітний приріст толерантності (переносимості алкоголю). Перша стадія алкоголізму поступово переходить у другу.

#### Друга стадія

Друга стадія алкоголізму характеризується значним зростанням толерантності до алкоголю, поступово досягаючи найвищої планки — «плато толерантності». Поступово людина втрачає контроль над вживаною випивкою (зменшення контролю). На цій стадії з'являється фізична

залежність від алкоголю. Саме на другій стадії виникає абстинентний алкогольний синдром, що супроводжується головним болем, спрагою, дратівливістю, проблемами зі сном, болями в області серця, тремтіння рук або всього тіла. Виникає замкнене коло залежності — багатоденне пияцтво, яке неможливо перервати. Різде переривання запою (або, за раніше використовуваної класифікації, псевдозапою) без медичної допомоги може призвести до різних ускладнень, аж до металкогольних психозів.

### Третя стадія

Тяга до алкоголю підсилюється, пропорційно знижується контроль. Організму потрібно вже незначна кількість спиртовмісних напоїв. При цьому порушення в психіці приводять все більше до амнезії. Психічна, фізична та соціальна деградація збільшується. Поступово виникає тимчасовий стан, наближений до поняття «істинного запою» — людина, вже несвідомо відчуває нестерпний потяг до випивки. Враховуючи, що для сп'яніння досить малої дози спиртного (чарка і менше), такий запій іноді закінчується лише повним виснаженням організму. До даного моменту порушення психіки стають незворотними, настає алкогольна деградація. Запій, перерваний без відповідної медичної допомоги, часто супроводжується металкогольними психозами. При малопрогредієнтному (стаціонарному) перебігу алкоголізму прогресування основних симптомів хвороби значно менше виражено. Для встановлення діагнозу «алкоголізм» визначають наявність у хворого нижчеперелічених симптомів:

- відсутня блювотна реакція на прийом великої кількості алкоголю
- втрата контролю над кількістю випитого
- часткова ретроградна амнезія
- наявність абстинентного синдрому
- запійне пияцтво

Більш точну діагностичну шкалу встановлює МКЗ-10:

Гостре алкогольне сп'яніння (F10.0 по МКЗ-10).

Діагноз є основним лише тоді, коли інтоксикація не супроводжується більш стійкими розладами. Необхідно також враховувати

- рівень дози;
- супутні органічні захворювання;
- соціальні обставини (поведінкове розгальмування на святах, карнавалах);
- час, що минув після вживання речовини..

Вживання з шкідливими наслідками (F10.1 по МКЗ-10).

Модель вживання алкоголю, шкідлива для здоров'я. Шкода може бути фізичною (гепатит тощо) або психічною (наприклад, вторинна депресія після алкоголізації). Діагностичні ознаки:

- Наявність безпосередньої шкоди, заподіяної психіці або фізичному стану споживача;
- Додатково підтверджує діагноз наявність негативних соціальних наслідків.

Вживання з шкідливими наслідками не має діагностуватися при наявності більш специфічної форми розлади, пов'язаної з алкоголем (див. нижче). Цей діагноз також виключає алкоголізм.

Синдром залежності (F10.2 по МКЗ-10).

Поєднання фізіологічних, поведінкових і когнітивних явищ, при яких вживання алкоголю починає виходити на перше місце в системі цінностей хворого. Для діагностики необхідно не менше 3 із ознак, що виникали протягом року:

1. Сильна потреба або необхідність прийняти алкоголь.

2. Порушення здатності контролювати вживання алкоголю, тобто початок вживання, закінчення та/або дозування.
3. Стан відміни ( F10.3 і F10.4).
4. Підвищення толерантності.
5. Прогресуюче забування альтернативних інтересів на користь алкоголізації, збільшення часу, необхідного для придбання, прийому алкоголю або відновлення його дії.
6. Продовження вживання алкоголю, незважаючи на очевидні шкідливі наслідки, такі як пошкодження печінки, депресивні стани після періодів інтенсивного вживання речовини, зниження когнітивних функцій внаслідок алкоголізації (слід визначати, чи усвідомлював і міг усвідомлювати хворий природу і ступінь шкідливих наслідків).

Синдром залежності для більшості лікарів — достатня причина для постановки діагнозу «алкоголізм», однак пострадянська психіатрія суворіша.

Діагноз F10.2 може бути уточнений п'ятим знаком:

0 — в даний час утримання;

1 — в даний час утримання, але в умовах, що виключають вживання (в госпіталі, в'язниці тощо);

2 — в даний час під клінічним наглядом на підтримувальній або замісній терапії (наприклад, ГОМК);

3 — в даний час утримання, але на лікуванні викликають огиду або блокуючими ліками (тетурам, солі літію);

4 — в даний час вживання етанолу (активна залежність);

5 — постійне вживання;

6 — епізодичне вживання.

## Стан скасування

### Алкогольний абстинентний синдром

Група симптомів різного поєднання і ступеня тяжкості, що виявляється при повному або частковому припиненні прийому алкоголю після неодноразового, зазвичай тривалого і/або масованого (у високих дозах) вживання. Початок і перебіг синдрому відміни обмежені в часі та відповідають дозам, безпосередньо попередньої стриманості. Для синдрому відміни характерні психічні розлади (наприклад, тривога, депресія, розлад сну). Іноді вони можуть викликатися умовно-закріпленим стимулом при відсутності безпосередньо передусе вживання. Синдром відміни є одним з проявів синдрому залежності. Стан відміни з делірієм (F10.4) виділяють внаслідок іншої клінічної картини і на підставі кардинальної різниці в механізмі його виникнення

#### **Соматоневрологічні та психічні розлади при зловживанні алкоголем.**

Алкоголь володіє токсичною дією на мембрани клітин, порушує діяльність нейромедіаторних систем, розширює судини і збільшує тепловіддачу, підвищує виділення сечі і секрецію соляної кислоти в шлунку.

#### Алкогольне ураження внутрішніх органів (алкогольна вісцеропатія)

Тривале зловживання алкоголем призводить до незворотних змін внутрішніх органів. На тлі хронічного алкоголізму розвиваються такі захворювання, як алкогольна кардіоміопатія, алкогольний гастрит, алкогольний панкреатит, алкогольний гепатит, алкогольна нефропатія, алкогольна енцефалопатія, різні типи анемії, порушення імунної системи, ризик крововиливу в мозок і субарахноїдального крововиливу.

#### Список найпоширених захворювань, викликаних зловживанням алкоголю

- Синдром Гайе-Верніке
- Субарахноїдальний крововилив

- Внутрішньомозковий крововилив
- Стеатогепатит
- Цироз печінки
- Панкреатит
- Гастрит
- Синдром Маллорі — Вейсса
- Рак стравоходу
- Рак шлунку
- Рак прямої кишки
- Гемолітична анемія
- Аритмія
- Алкогольна кардіоміопатія
- Нейропатія
- Алкогольна полінейропатія

#### Алкогольне сп'яніння

Патологічний стан, що виникає внаслідок впливу етанолу на центральну нервову систему. Загальна дія алкоголю характеризується пригніченням функції центральної нервової системи (ЦНС), а виникаючі на початкових етапах ейфорія та збудження є ознаками ослаблення гальмівних механізмів ЦНС. В процесі алкогольного сп'яніння пригнічується не тільки функція кори головного мозку, але і підкіркових структур (мозочок, базальні ядра, стовбур мозку).

Розрізняють три ступені алкогольного сп'яніння: легку, середню і важку, які характеризуються прогресивним наростанням психічних і неврологічних симптомів, спричинених токсичною і психоактивною дією етанолу. Характер алкогольного сп'яніння залежить від багатьох факторів: сприйнятливості організму до етанолу, дози та типу випитого алкоголю,



обстановки прийняття спиртних напоїв, кількості і якості споживаної при прийнятті алкоголю їжі, фізичного стану організму. Симптоматика варіює від зниження критичного ставлення до власних дій, поверхневого мислення, неточності рухів і розгальмуванням поведінки (при легкому ступені сп'яніння) до втрати контакту з оточуючими, грубої атаксії (порушення рухів) та настанням **сопору** і коми при важких отруєннях.

- *При легкому ступені сп'яніння (0,03—0,15 % алкоголю в крові)* напідпитку відчуває невеликий підйом сил, знижується критика до власних дій, рухи стають менш точними, а поведінка — більш розгальмованою.
- *При середньому ступені сп'яніння (0,15—0,3 %)* наростає атаксія, починаються психічні порушення, розсіюється увага, мова стає невиразною, значно знижується больова і температурна чутливість.
- *При важкому ступені сп'яніння (0,3—0,5 %)* настають рухова загальмованість і глибоке оглушення свідомості; напідпитку взагалі не здатний розуміти, що відбувається навколо і що говорять оточуючі, може обмочитися. Пам'ять зазвичай повністю порушується на період сп'яніння. Іноді настає ослаблення дихання і серцевої діяльності, починається кома, можливий летальний результат.

#### Алкогольні (металкогольні) психози

Термін «алкогольні психози» застосовувався раніше, коли їх причиною вважалося безпосередній вплив алкоголю на мозок. Згодом, були перейменовані в металкогольні, так як було встановлено, що вони наслідок тривалої інтоксикації етанолом організму людини. Металкогольні психози — це психічні розлади, зумовлені хронічною алкогольною інтоксикацією. Відомо кілька типів алкогольних психозів: алкогольний делірій («біла гарячка»), алкогольна депресія, алкогольний галюциноз, алкогольні маревні психози. Проміжне положення між алкогольним психозом і гострим сп'янінням займає патологічне сп'яніння — рідкісний стан, різновид

сутінкового потьмарення свідомості, яке настає у непитущих людей при прийомі алкоголю і проявляється дезорієнтацією в просторі і часі, руховим збудженням, патологічним афектом.

### **Ключові питання лікування алкогольної залежності.**

У лікуванні алкогольної залежності виділяють кілька ключових моментів:

- *Медикаментозне лікування* — застосовується для придушення алкогольної залежності та усунення порушень, спричинених хронічною алкогольною інтоксикацією. По суті, при медикаментозному лікуванні усі методи ґрунтуються на фіксації почуття страху померти у хворого через несумісність введеного препарату та алкоголю, в результаті чого в організмі утворюються речовини, які призводять до тяжких порушень здоров'я аж до летального результату. Така методика лікування називається аверсивна терапія. Дисульфірам викликає важке нездужання при вживанні алкоголю і при сумісному прийомі з карбимідом кальцію призводить до припинення вживання алкоголю в більше ніж 50 відсотках випадків. Також можливий прийом одного карбиміда кальцію, дія якого схоже з дисульфірамом, але має перевагу в відсутності гепатотоксичності і сонливості. Налтрексон використовується для зменшення бажання споживання алкоголю, стимулює утримання і зменшує приємні ефекти від вживання алкоголю. Налтрексон також використовується при продовженні вживання алкоголю. Акампросат стабілізує хімію мозку, яка змінена вживанням алкоголю, зменшує випадки рецидиву серед залежних від алкоголю. «Детоксикація» — це внутрішньовенно-крапельне введення медикаментів для корекції соматичного стану при різкому припиненні прийому алкоголю. Як правило, у поєднанні з такими препаратами, як бензодіазепіни, які мають аналогічну дію алкоголю, для запобігання абстинентного синдрому (групи симптомів, які виникають після припинення алкоголю). Особи, які мають ризик тільки м'яких або помірних симптомів абстинентного синдрому, можуть пройти детоксикацію на дому. Після неї слід провести програму лікування від

алкогольної залежності, щоб зменшити ризик рецидиву. Бензодіазепіни використовуються для різкого припинення вживання алкоголю та їх довгострокове вживання може призвести до погіршення алкоголізму. Алкоголіки, які постійно вживають бензодіазепіни, рідше досягають утримання від алкоголю, ніж ті, хто їх не приймає.

- *Методи психологічного впливу на хворого* — допомагають закріпити негативне ставлення хворого до алкоголю і запобігти рецидивам хвороби. Тут при позитивному результаті у людини формується світоглядна установка, що він може жити і справлятися з виникаючими проблемами і труднощами без «допомоги» алкоголю, іншими методами і способами.

- *Заходи з соціальної реабілітації хворого* — покликані відновити хворого алкоголізмом як особистість і реінтегрувати його в структуру суспільства.

- *Нормування і помірність* припускають неповне утримання від алкоголю. Алкоголіки не можуть обмежити споживання подібним чином, деякі повертаються до споживання в помірних кількостях лише на деякий час. Повне утримання від алкоголю — єдиний спосіб уникнути прогресування захворювання.

- *Комплексні методи* — поєднують в собі кілька методик. Це може бути медикаментозна та психотерапія, або психологічний вплив та соціальна реабілітація. Одним з таких методів є «Іспанський» — включає в себе психотерапію, медикаментозну терапію та роботу з людьми, які оточують алкоголіка.

- *Товариства і групи тверезості*. Найбільш відомий громадський рух проти алкоголізму — анонімні алкоголіки, створена в 1935 році група, яка існує в багатьох країнах світу; є досить багато груп Анонімних алкоголіків (скорочено АА). Відвідування груп здійснюється на добровільних, безкоштовних і анонімних засадах. Єдина умова для участі у роботі груп АА — бажання припинити вживання алкоголю. Групи організують не медики,

а самі алкоголіки. Важливо відзначити, що групи АА не виводять із запою, не вмовляють питущих відмовитися від алкоголю, не лікують уражені органи. У АА можна приходити як тверезим, так і прийняли алкоголь, різниця в тому, що прийняли алкоголь не мають право виступати на зборах. Мета роботи груп АА — допомогти хворому зберегти тверезість і дати шанс на реабілітацію. Тому АА ні в якому разі не можна розглядати як заміну офіційної медицини — вони лише доповнюють її. Для багатьох хворих участь в групах — це заміна звичного кола «друзів», позбавлення від повної самотності. Групи АА дійсно допомагають людям зберегти тверезість довгий час, і роботу груп АА не тільки не засуджують, але і підтримують наркологи. Крім АА, в різних країнах світу діють інші товариства і групи тверезості, які ведуть освітню та просвітницьку роботу з профілактики алкоголізму. Це, наприклад, Інтернаціональна організація гуманізму і тверезості (існує з 1851 року, заснована в США, штаб-квартира розташована в Норвегії), Вашингтонське товариство тверезості (засноване в 1840 році), «Білий хрест» у Франції (діє з 1899 року). Антиалкогольну політику на міжнародному рівні здійснює Всесвітня організація охорони здоров'я. У травні 2010 року на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я в Женеві була прийнята «Глобальна стратегія по зниженню зловживання алкоголем». Серед заходів, рекомендованих в доповіді, — обмеження реклами алкогольних напоїв, обмеження числа точок продажу алкогольної продукції і скорочення часу продажу, підвищення роздрібних цін на спиртні напої за рахунок податків, інформування про шкоду алкогольних напоїв, поступове зниження допустимих норм вмісту алкоголю в крові водіїв, та ін.

## **Проблема зловживання психоактивними речовинами в практиці сімейного лікаря. Рання діагностика, клініка**

На сьогоднішній день проблема наркоманії набуває загрозливих розмірів, і біда не тільки в тому, що ми маємо справу з повністю невиліковною хворобою, але і, перш за все в тому, що мораль сучасного

суспільства стає все більш терпима до проявів наркофільної «культури». Людська свідомість ніколи не була самотньою фортецею, вона завжди була частиною групового зміцнення. Вона дуже слабка перед натиском будь-якої групової освіти, досить організованої і цілеспрямованої. Основна ідея цієї методичної розробки полягає не тільки в тому, щоб ознайомити наркологів, психіатрів з сучасними поглядами на клінічні прояви наркоманії і їх діагностику, а й показати, що поширення наркоманії в суспільстві набагато складніша проблема, ніж можливо, видається навіть більшості фахівців в області наркології.

Наркофільна субкультура досить зміцніла, щоб розв'язати психологічну війну, спрямовану на руйнування існуючих в суспільстві уявлень про психічне здоров'я, талант, особистісної зрілості та ін. Подібно вірусу СНІДу, наркофільна ідеологія непомітно вражає клітини соціального організму щоб позбавити його імунітету по відношенню до зла, морально розкласти, і, врешті-решт, вбити. Вже сьогодні для деяких людей слова «творчість» і «наркотики» сприймаються як близькі поняття, для інших вживання наркотиків стало атрибутом сучасного вільної людини, а треті намагаються в галюцинаторно-маячних переживаннях знайти своє «Я». Подібно прихильникам деструктивних релігійних культів, чия хвора свідомість постійно шукає прості і однозначні відповіді на складні питання, а також тих людей, кому можна нав'язати свій потворний світогляд, представники наркофільної субкультури кожен день вербують в свої ряди нові жертви. У хід йдуть будь-які засоби: барвисті описи психоделічних переживань в художніх книгах, фільмах, піснях; спотворення інформації про шкodu наркотиків в псевдонаукових працях; аморальні виступи по телебаченню і радіо; реклама наркотиків в інтернеті тощо. Подібно багаторазового судимому урке, виконуючому перед підлітками жалісливі пісні про чисте кохання, вірну дружбу і з захватом розповідає про тюремну романтику з єдиною метою знайти собі майбутнього злочинного спільника, так і курців марихуани, споживачів грибів, ковтателів екстазі, нюхачів кокаїну та ін.,

виконують «наркофільний шансон» в честь принад наркотичного кайфу. У їхніх розповідях можна почути про «легкі» і «важкі» наркотики, «свинячий» і «королівський» кайф, «секс марафони», «містичні осяяння», «творчі злети» і ще багато про що. Правда складають ці солодкі тексти вже давно не вони, а їх пошкоджена наркотична свідомість. Особливо страшно те, що їх слухають наші діти. А потім, хлопчики й дівчатка роблять перші проби психоактивних речовин, поступово починають «розуміти» кайф, і швидко стають іншими - безплідно мудрими, соціально пасивними, брехливими, виверткими і... недоступними. А в цей час, дорослі, так довго мріяли про свободу слова, з цікавістю відзначають як по телебаченню, радіо, в книгах і журналах звучать «наркофільні» заклики, сором'язливо кайфуючи від довгоочікуваного «плюралізму думок». В результаті непомітно для себе вони самі починають вірити в такі химери, як необхідність легалізації конопель з метою боротьби з наркозлочинністю, а твердження якоїсь поп зірки невизначеної статі про те, що «зараз всі курять травку», підтверджують, що з їх дітьми не може статися нічого страшного. Тільки чомусь кожен день в наркодиспансери надходять нові пацієнти. Кожен день чийсь матері зі сльозами на очах чекають вироку своїм дітям, тому що знають - наркоманія - хвороба без стадії повного одужання. А співробітники правоохоронних органів, які втомилися від щоденного вигляду найбрудніших місць, вічно голодних дітей, що грають шприцами «вколовшихся» батьків, понівечених жертв нападу збожеволених від ломки наркоманів, побитих дівчат і згвалтованих їх «обкурених» підлітків, ніяк не можуть зрозуміти, чому громадяни, яких вони охороняють, так тихо говорять «НІ НАРКОТИКАМ!».

За даними Міністерства охорони здоров'я та Держкомстату, в Україні зареєстровано близько 800 тисяч людей з алкогольною залежністю, реальне ж їх число оцінюється в 2 мільйони. Кількість людей, які систематично вживають нелегальні наркотики, оцінюється в 700 тисяч. Смертність серед наркоманів досить висока, але реально оцінити її дуже важко. Щорічно тільки від отруєння алкоголем (саме алкоголем, а не фальшивої горілкою)

гине близько 10 тисяч чоловік. Загальна ж смертність, обумовлена алкоголем, оцінюється в 100 тисяч в рік, причому значну частку цього числа становлять чоловіки середнього віку. В Україні курять щодня близько 50% чоловіків і 20% жінок. Згідно з розрахунками, виконаними за методиками ВООЗ, від хвороб, викликаних курінням, в Україні помирає близько 120 тисяч осіб на рік. Більше 70% цього тягаря смертей складають чоловіки у віці 35 - 70 років. Комусь це може здатися неймовірним, але ж екологія і економіка, на які традиційно списують всі смерті, впливають на чоловіків і жінок практично однаково. Однак в працездатному віці в Україні смертність чоловіків більш ніж в 4 рази перевищує смертність жінок. Аналіз статистики показав, що велика частина цієї різниці обумовлена двома факторами - алкоголем і тютюном.

### **СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ПАР**

З точки зору соціальної до діагнозу даної проблеми можна підійти з двох сторін: по-перше, оцінити наркоманію як соціального явища в широкому сенсі; по-друге, як явища, що зачіпає певну частину молоді. Відносно першої точки зору 47% опитаних сприймають наркоманію як одну з найстрашніших соціальних проблем, серйозно загрожують людству, і ставлять її на 5-е місце після бідності (1), зростання злочинності (2), безробіття (3) і забруднення навколишнього середовища (4). У той же час, на думку 40% молоді, наркоманія вражає тільки слабкі і «проблемних» людей, а 12,6% молоді не можуть охарактеризувати дану проблему. В тій чи іншій мірі наркоманія становить небезпеку для 63% друзів опитаних.

Звертає увагу масштаб поширеності явища вживання наркотичних засобів. За останні 5 років кількість наркоманів зросла приблизно в 3,5 рази і з урахуванням вікової приналежності більшості наркоманів (13 - 25 років), під загрозою опиняється до 1/3 нового покоління країни. Як показало анкетування молоді одного міста - 36,6% учасників опитування хоча б раз

пробували наркотики. Небезпека однократного вживання наркотичних засобів підтверджується тим, що 53,4% продовжили вживання наркотиків після першої проби. В основному це вживання звелось до епізодичного (62,5%) прийому або вживання наркотичних засобів від випадку до випадку (33,3%). Тільки 4,3% вживають наркотичні засоби систематично. Іншими словами, 9 - 10 молодих людей, що пробують наркотики, доводиться один наркоман.

Якщо ми припускаємо наявність близько 4% наркоманів серед молоді, то такими вважають себе лише приблизно 2,5%, а 6,1% не змогли в оцінці свого стану (можливо, це перехідна група). Більш точна діагностика по типовим станів, дає нам підставу говорити про 3 - 4% молоді, яка страждає на наркоманію, як хворобою і потребує спеціалізованого лікування.

### **ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ЧОМУ ЛЮДИ ПОЧИНАЮТЬ ВЖИВАТИ НАРКОТИКИ І НАСЛІДКИ ВЖИВАННЯ ПАР**

1. Інтерес до наркотиків, до нових відчуттів, до «забороненого плоду», який базується на помилковій впевненості, що вживання декількох доз призводить до наркоманії. Але є значна кількість людей, особливо підлітків, у яких дуже нестійкі (лабільні) біохімічні процеси і молекули наркотичної речовини можуть уже після перших спроб вживання «включитися» в обмін речовин і зумовити наркотичну залежність. Особливо ці "розваги" небезпечні для осіб, які мають залежність від нікотину або алкоголю.

2. Втрата життєвих орієнтирів, а звідси - поява синдрому «безглуздою» життя, сильне душевне потрясіння, почуття самотності, відсутність уваги з боку батьків, педагогів, психологів, друзів.

3. Незадоволеність життям, яка виникає на ґрунті постійних конфліктів у сім'ї, навчальних закладах, низького матеріального і соціального рівня.



4. Вплив оточення, друзів, компанії. Потрапляючи в компанію, де вживають наркотичні засоби, підліток часто починає вживати наркотики, тому що не хоче бути «білою вороною».

5. Простота переходу від легких наркотиків (сигарети, алкоголь) до тяжких. Часом їх відсутність утримує підлітка від цього кроку.

6. Знання про шкоду наркотиків на рівні загальноприйнятого штампу: «Дуже шкідливо» (це стосується сигарет і алкоголю) і відсутність інформації в якій мірі це шкідливо і чому, коли і як це «шкідливий» проявляється.

7. Недостатній розвиток забороняє внутрішнього чинника (в неповних сім'ях, при неправильному вихованні).

8. Кримінальна «романтика». Деяким підліткам подобається спілкуватися зі старшими, які порушили закон. Для підлітків це «престижно». Хоча загальновідомий факт, що найбільша кількість наркоманів серед злочинців, осіб, які відбували покарання в МЛС.

## ОЗНАКИ І СИМПТОМИ, ЯКІ МОЖУТЬ СВДЧИТИ ПРО ВЖИВАННЯ ПАР

### ФІЗИЧНІ ОЗНАКИ:

- Уповільнена мова, повільна або неадекватна реакція або ж підвищена балакучість
- Втрата моторних навичок
- Раптове збільшення або зменшення маси тіла
- Зміна зовнішнього вигляду або втрата інтересу до свого зовнішнього вигляду і особистої гігієни
- Зміна розміру і форми зіниці або почервоніння очей
- Рясне виділення поту, неприємний запах від тіла або роту
- Істотні зміни годин сну і прогулянок
- Сліди від уколів на руках або в інших місцях

- Сліди від крові на рукаві сорочки або на інших несподіваних частинах одягу
- Випадки розлади шлунка, блювоти і т.п.
- Зникнення алкоголю, грошей і речей з дому
- Незвичайні порошки, таблетки, шматки обпаленої жерсті, голки і шприци.

#### ПСИХОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ:

- Раптові і регулярні зміни настрою від радості і жвавості до замкнутості і похмурості
- Підвищена брехливість чи інші ознаки таємного поведінки
- Незвичайна дратівливість і агресивність
- Депресія або ворожість до всього аж до розмов про самогубство
- Втрата інтересів до колишніх своїх захоплень, спорту, школі і т.п.
- Часті пропуски занять в школі

Безумовно, більшість з цих ознак можуть пояснюватися і зовсім іншими причинами, і не слід робити поспішних висновків лише по одному з них. Але також не слід їх не помічати. Ці ознаки швидше дають Вам підстави ретельно придивитися до Вашої дитини і докласти додаткових зусиль до того, щоб виявити справжні причини появи вищевказаних ознак.

### ВПЛИВ ПАР НА РІЗНІ СИСТЕМИ ОРГАНІВ

#### Дані огляду

#### Зовнішній вигляд

Якщо перед Вами витончена юна дівчина, яка свідомо підтримує свою худобу і для цього посилено займається спортом або танцями, не виключено, що в її арсеналі також можуть виявитися проносні, дієтичні пігулки, блювотні засоби, амфетаміни, тютюн або анаболічні стероїди. Юнак з вираженим рельєфом м'язів також може приймати анаболічні

стероїди.Худоба і загальне виснаження можуть бути характерні для осіб, які споживають психостимулятори.

#### ОЧІ

Зіниці зменшуються при прийомі опіатів.Зіниці збільшуються при синдромі відміни опіатів, при прийомі амфетамінів, LSD, токсичну дію антигістамінних препаратів. Патологія очного дна може бути пов'язана з емболією домішками до вуличних наркотиків.

#### ШКІРА

Запалення шкіри і підшкірної клітковини можуть бути наслідком негігієнічеськім ін'єктування нарकोічєкїх рєчовин. Шкірні алєргїчні прояви можливі на тлі вживання барбітуратів, анальгетиків. Сверблячка шкіри можливий при прийомі амфетамінів: споживачі описують це так, як ніби комахи перебувають на шкірі, в шкірі або під нею. Висип навколо носа і рота можлива при вживанні розчинників. Старіння шкіри прискорюється при споживанні психостимуляторів, тютюну, алкоголю. Рясна вугрі і підвищена сальність шкіри характерні для споживачів анаболїчних стероїдів.

#### НІГТИ

Ламкість нігтів відзначається при прийомі амфетамінів.

#### ОПОРНО-РУХОВА СИСТЕМА

Інфекції кісток і суглобів часті при споживанні опіатів.Остеомалєція може бути наслідком надмірного споживання проносних. Слабкість скелетних м'язів може розвинутиє в результаті зловживання проносними, м'язової дєструкції при зловживанні розчинниками, особливо толуїном. Швидка дєструкція великих обсягів м'язів може виробляти матеріал, здатний пошкодити печінку і нирки. Набряки кистей рук і стоп можуть бути наслідком затримки води під дією анаболїчних стероїдів.

#### НЕРВОВА СИСТЕМА

Скарги на головний біль можливі у споживачів:

- опіатів, особливо на початку споживання;
- наркотиків стимулюючої дії, особливо при великих дозах.

Скарги на запаморочення, перевтома, виснаження можливі при прийомі наркотиків стимулюючої дії, LSD.

#### ПОРУШЕННЯ СНУ

Безсоння розвивається:

- на тлі прийому препаратів стимулюючої дії;
- при вживанні продуктів для скорочення ваги тіла;
- при скасуванні опіатів, депрессантов (алкоголю, бензодіазепінів, барбітуратів).

Сонливість характерна для споживачів:

- амфетаміну після припинення дії речовини;
- препаратів седативного дії (опіатів, бензодіазепінів, барбітуратів).

Рясні кошмарні сновидіння з частими пробудженнями можливі при скасуванні барбітуратів.

#### СУДОМНІ СТАНИ

Судоми можливі при скасуванні алкоголю і барбітуратів, при токсичній дії антигістамінних препаратів. Стан, схоже на епілепсію, формується на тлі вживання барбітуратів.

#### ТЕМПЕРАТУРА ТІЛА

Температура може підвищуватися:

- при прийомі наркотиків стимулюючої дії (амфетамінів), аж до стану теплового удару (при фізичній активності в теплому, погано провітрюваному приміщенні);
- при внутрішньому введенні наркотиків, що містять бактеріальні домішки.

## СТАН СВІДОМОСТІ

Хоча існують численні легенди і анекдоти щодо явних і очевидних змін психіки і поведінки осіб, що приймають наркотики, проте, вони є скоріше винятком, ніж правилом. Це пов'язано, по-перше, з тим, що більшість проявів стосуються найближчого часу після препарату, протягом якого пацієнт зазвичай залишається поза увагою поле зору лікаря, крім особливих разі експертизи наркотичного або алкогольного сп'яніння, тому якісь відхилення в психічному стані лікарем загальної практики зазвичай не спостерігаються. Друга причина полягає в тому, що більшість яскравих проявів спостерігається у початківців споживачів. Після розвитку залежності споживач приймає наркотик частіше заради нормального стану, чим заради досягнення ейфорії.

Благодушний, байдуже стан розвивається після прийому:

- опіатів;
- малих доз конопель.

Страх, тривога, занепокоєння, марення переслідування можливі:

- на тлі прийому наркотиків стимулюючої дії;
- при прийомі великих доз препаратів коноплі;
- при прийомі барбітуратів.

## ЗМІНА ХАРАКТЕРУ

Епілептоїдні зміни характеру з грубістю, дратівливістю, агресивністю формуються у споживачів барбітуратів, летких розчинників.

## ЗМІНИ ПСИХІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

При прийомі препаратів канабісу змінюється сприйняття простору, часу, квітів, звуків, власного тіла. Спонтанні рецидиви галлюциноза без

повторного прийому препарату можливі навіть після одноразового прийому галюциногенів. Значна труднощі з якими депресантами центральної нервової системи, включаючи бензодіазепіни, пов'язана з їх седативну дію. З цього можуть виникати порушення суджень, роботи і виконання рухових актів. Ці специфічні проблеми особливо характерні для речовин з тривалим часом дії, які з часом можуть накопичуватися в організмі. Дефект психіки може формуватися під впливом препаратів коноплі, LSD, PCP, галюциногенних грибів. Паркінсонізм може бути наслідком ефедрону, який містить домішки солей марганцю. Здатність до навчання страждає у споживачів коноплі, летючих речовин.

### ПАМ'ЯТЬ

Порушення пам'яті різного характеру можливі при вживанні всіх депресантів. До цього ж має відношення і проблема антероградной амнезії, яка може іноді виникати слідом за прийомом навіть помірних доз бензодіазепінів без пошкодження довгостроковій пам'яті або будь-яких ознак постійних пошкоджень. Препарати канабісу викликають гостре порушення пам'яті.

### МОВА

Мова плутана при вживанні алкоголю, барбітуратів, вона може бути нескладної на тлі сп'яніння після прийому канабісу, людина стає надмірно балакучим. Неясна мова характерна також для споживачів розчинників.

### ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ І ОРГАНІЧНИЙ МОЗГОВИЙ СИНДРОМ

Органічний мозковий синдром проявляється сплутаністю свідомості, дезорієнтацією, зниженням інтелектуальних функцій і може спостерігатися

- як при передозуванні, так і при синдромі відміни депресантів ЦНС;
- при прийомі алкоголю - може розвинути мозковий синдром;
- хронічний - на тлі алкоголізму;

- при прийомі летючих розчинників.

## ПАТОЛОГІЯ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ

Периферичні нейропатії можуть виникати при споживанні летючих розчинників, алкоголю, анальгетиків.

## ДИХАЛЬНА СИСТЕМА

Пригнічення діяльності дихального центру можливо при передозуванні опіатів, барбітуратів, препаратів, що застосовуються в якості засобів від кашлю. На тлі опійного сп'яніння частота дихання уповільнена. Респіраторні функції порушуються при прийомі проносного фенолфталеїна.

## НОСОВА ПОРОЖНИНА

Пошкодження носової перегородки можливо при вживанні наркотичних речовин за допомогою втягування в ніс («нюхання»). Це відбувається через спазм судин слизової носової порожнини., Зокрема, при вживанні кокаїну. Сильний нежить, що поєднується з болями в м'язах, пітливістю, що в цілому нагадує картину грипу, новий поєднання з діареєю, часто розвивається після відміни опіатів. Запалення придаткових пазух носа можуть бути наслідком споживання канабісу.

## ГЛОТКА І ГОРТАНЬ

Фарингіт може спостерігатися на тлі куріння марихуани. Рак глотки або гортані може розвинути при застосуванні канабісу, тютюну, алкоголю. Аспірація може виникнути через анестезії глотки і гортані у осіб, які застосовують кокаїн.

## БРОНХИ

Бронхіт може бути наслідком всього, що курять: тютюну, конопель, стимулянт. Бронхоспазм може виникати під дією інгаляції парів опіата. Астмоподібний синдром також може бути пов'язаний з хронічним застосуванням канабісу, з прийомом анальгетиків.

## ЛЕГЕНІ

Пневмонії розвиваються при:

- споживання опіатів;
- вдиханні летючих речовин;
- прийомі алкоголю до стану сп'яніння, що може привести до переохолодження організму.

Емфізема легенів розвивається при курінні тютюну. Вживання алкоголю може викликати порушення дихання у людей з емфіземою. Різні запальні захворювання, наприклад, пневмонія, абсцес легкий, можуть спостерігатися у споживачів опіатів в запущеній формі, так як під дією наркотику вони не звертають уваги на початкові прояви хвороби. Куріння продуктів канабісу шкідливо для легенів. У димі сигарет, що містять канабіс, міститься більше канцерогенних речовин, ніж в димі тютюну. Це може привести до раку горла або пошкодження легенів. Після куріння стимулянтів, включаючи кокаїн, можуть розвинутися легеневі проблеми. Вони варіюють від місцевого подразнення, який проявляється бронхітом, до можливого порушення дифузійної здатності легень.

## СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА

Брадикардія можлива після прийому опіатів.

Тахікардія можлива:

- На тлі споживання марихуани;
- При прийомі LSD;
- При токсичній дії антигістамінних препаратів;
- Прийом кокаїну або метамфетаміну призводить до швидко розвивається тахікардії, яка, фактично, може вилитися в фібриляцію м'язи, зупинку дихання і смерть.



Порушення ритму серця можливі при споживанні наркотиків стимулюючої дії, героїну, препаратів коноплі, фенолфталеїну, розчинників, адреналін-подібних речовин, що застосовуються для лікування нежиті.

Підвищення артеріального тиску спостерігається при:

- вживанні наркотиків стимулюючої дії;
- барбітурова абстиненції;
- хронічному споживанні алкоголю;
- тривало або надмірному використанні адреналіну-подібних речовин для лікування нежиті або скорочення ваги тіла;
- застосуванні препаратів, що містять кофеїн і інші засоби стимулюючої дії.

Напади стенокардії, інфаркт міокарда розвиваються з більшою ймовірністю:

- при споживанні тютюну і / або марихуани;
- при прийомі наркотиків і лікарських препаратів стимулюючої дії;
- при прийомі амфетамінів в місцях, що сприяють перегрівання організму;
- на тлі барбітурової абстиненції;

Внутрішньочерепний крововилив може розвинути:

- при прийомі психостимуляторів;
- при прийомі амфетамінів в місцях, що сприяють перегрівання організму;
- при споживанні алкоголю;
- на тлі анаболічних стероїдів.

Ендокардит можливий як наслідок інфікування при внутрішньовенному вживанні наркотичних речовин.

Кардіодістрофія можлива:

- на тлі алкоголізму;
- при прийомі психостимуляторів;
- при прийомі барбітуратів.

Периферичні судини розширюються при прийомі алкоголю. Обітеріуючий ендартеріт у курців може порушувати прохідність периферичних судин.

#### ТРАВНА СИСТЕМА

Рак стравоходу, шлунку, печінки, прямої кишки з більшою ймовірністю розвивається при хронічному споживанні алкоголю.

#### АПЕТИТ

Зниження харчування може бути наслідком зниження апетиту і апатії при застосуванні опіатів, при прийомі наркотиків стимулюючої дії почуття голоду також зникає, що веде до виснаження організму. Підвищення апетиту характерно при прийомі препаратів коноплі (канабісу), після припинення дії амфетамінів.

#### РОТОВА ПОРОЖНИНА

Сухість у роті може бути пов'язана з прийомом LSD. Рак ротової порожнини може розвиватися при хронічному вживанні алкоголю. Лейкопактія слизової оболонки ротової порожнини, атрофія ясен може бути наслідком споживання жувального тютюну.

#### ЗУБИ

Зуби у споживачів наркотиків стимулюючої дії сильніше стираються через спазм жувальних м'язів, швидше випадають. Зуби руйнуються і перетворюються в чорні пеньки у споживачів опіатів.

#### ШЛУНОК

Хронічний гастрит може бути наслідком прийому алкоголю. Виразка шлунка може розвинути на тлі вживання опіатів, препаратів, що містять аспірин, і інших анальгетиків. Підвищена ймовірність кровотеч у індивідів з виразковою хворобою може бути пов'язана з вживанням алкоголю, аспірину. Болі у пацієнтів з виразковою хворобою можуть виникати під дією препаратів, що містять кофеїн і інші засоби стимулюючої дії.

#### ПЕЧІНКА

Вірусний гепатит В або С часто розвивається внаслідок ін'єктування наркотичних речовин за допомогою використаних голочок і шприців. Цироз печінки може розвинути на тлі споживання алкоголю. Алкогольний цироз зазвичай зустрічається у людей у віці 40-60 років, після приблизно 10 років небезпечного споживання алкоголю. Рак печінки є пізнім ускладненням цирозу приблизно в 15% випадків. У країнах з помірним кліматом, якщо в них споживання алкоголю значно, саме алкоголь є головною причиною цирозів. Відзначено шкідливий вплив алкоголю на печінку осіб з інфекційним гепатитом.

Дистрофія печінки розвивається під дією:

- хімічних домішок до кустарно приготованих наркотиків опійного ряду;
- барбітуратів;
- алколоїдів коноплі;
- анаболічних стероїдів.

Ймовірність пухлин печінки збільшується при прийомі анаболічних стероїдів або антигістамінних препаратів.

## ПІДШЛУНКОВА ЗАЛОЗА

Хронічний і гострий панкреатит може бути наслідком прийому алкоголю. У осіб, які вже мають панкреатит, алкоголь порушує функції підшлункової залози. Запори зазвичай після прийому опіатів. Шлункові та шлунково-кишкові розлади можуть виникати на тлі споживання летючих розчинників, препаратів, що містить аспірин і інші анальгетики, на тлі відміни опіатів, при зловживанні проносними.

## КРОВ

Анемія може бути наслідком споживання летючих розчинників, анальгетиків.

## ІМУННА СИСТЕМА

Страждає при споживанні опіатів, летючих речовин, алкоголю, тютюну, РСР. Тетрагідроканнабінол знижує здатність лімфоцитів виконувати імунну відповідь.

## ЕНДОКРИННА СИСТЕМА

Погіршення обміну цукру, що може шкідливо позначитися на діабетиках, можливо на тлі вживання алкоголю, анаболічних стероїдів. Рівень цукру в крові може знижуватися при прийомі безрецептурних анальгетиків.

## СЕЧОВИДІЛЬНА СИСТЕМА

Утруднення сечовипускання можливі на тлі прийому опіатів, анаболічних стероїдів, при передозуванні антигістамінних препаратів. Жирова дистрофія нирок може бути наслідком алкоголізму. Пошкодження нирок можливо при прийомі препаратів, що містять аспірин, при перегріванні організму на тлі прийому амфетамінів, екстазі. Вторинна ниркова недостатність може бути наслідком інфекцій і домішок до внутрішньовенним вуличним наркотиків, споживання ряду летючих речовин

і впливу продуктів руйнування м'язової тканини, що утворюються під їх впливом.

## РЕПРОДУКТИВНА СИСТЕМА

### ЧОЛОВІКИ

Зниження сексуальних потреб і потенції може розвиватися при прийомі опіатів. Сексуальні потреби підвищуються при прийомі амфетамінів, екстазі. Імпотенція може бути викликана впливом СО, що міститься в тютюновому димі, анаболічних стероїдів. Зміни вторинних статевих ознак і тестикулярная атрофія можуть розвинути внаслідок споживання анаболічних стероїдів.

Зниження репродуктивної функції спостерігається при вживанні канабісу. Було показано, що тетрагідроканнабінол порушує продукцію сперми і викликає підвищений рівень пошкоджень хромосом. Хронічне споживання марихуани викликає зменшення розмірів простати і яєчок.

### ЖІНКИ

При споживанні героїну вагітність часто може бути виявлена вже в пізній стадії. Це пов'язано з тим, що менструації стають нерегулярними, а іноді і зовсім відсутні. Порушення репродуктивної функції спостерігається при вживанні канабісу. Хронічне споживання марихуани блокує овуляцію у жінок, хоча ці зміни є оборотними. Зміни вторинних статевих ознак, нерегулярність менструального циклу, а також зменшення розмірів матки і грудних залоз можливі при споживанні анаболічних стероїдів.

## СИМПТОМИ ТА ПЕРЕБІГ НАРКОМАНІЙ ТА ТОКСИКОМАНІЙ

Наркоманії і токсикоманії - захворювання, обумовлені вживанням різних речовин, що викликають стан сп'яніння. Виявляються постійною потребою в прийомі цих речовин, розладами психічної діяльності, соматичними і неврологічними порушеннями, падінням працездатності,

втратаю соціальних зв'язків, деградацією особистості. Залежно від речовини, що використовується для сп'яніння, виділяють численні форми токсикоманії. Особливому соціальному контролю внаслідок їх високої криміногенності підлягають наркоманії. перелік наркотиків затверджується комітетом експертів з питань наркотиків ВООЗ. В Україні до наркотиків відносять препарати групи опію, ряд синтетичних анальгетиків, гашиш (анаша), стимулятори, в тому числі ефедрин. Інші засоби, здатні викликати звикання (транквілізатори, снодійні), також обмежуються при використанні в лікувальних цілях. Контроль над багатьма ненаркотичними речовинами, застосовуваними з метою сп'яніння, утруднений через їх широку поширеність (засоби побутової хімії та ін.).

Для токсикоманії та наркоманії типовий так званий великий наркоманічний синдром. Він включає синдроми зміненої реактивності на конкретну речовину; психічної залежності від конкретного речовини; фізичної залежності; наслідків хронічної інтоксикації. Синдром зміненої реактивності - показник звикання - свідчить про зміну біотрансформації речовини і спотвореному відповіді на інтоксикацію фізіологічних систем. Прийом речовини в колишніх дозах не надає бажаного ефекту, дія його коротшає, при передозуванні не виникають захисні реакції. Зростання переносимості проявляється у високих разових і добових дозах (почастішання прийому), в здатності переносити щоденну інтоксикацію, у зникненні постінтоксикаційних (на наступний день) розладів. Дія п'янкої речовини змінюється: седативна викликає активацію, стимулююча починає викликати тривогу, параноїдну налаштованість, ряд інших речовин - психотоміметичну дію з напливом галюцинацій.

Синдром психічної залежності означає, що психічний стан хворого вже визначається наявністю або відсутністю в його організмі п'янкої речовини. Стан тверезості супроводжується психічним дискомфортом, який проявляється на поведінковому рівні в дратівливості, конфліктності,

неспокої, неможливості на чомусь зосередитися, так як думки зайняті тільки тим, де дістати психоактивну речовину. Той, хто перешкоджає досягненню мети, викликає ненависть, ті, хто сприяє - симпатію.

Синдром фізичної залежності означає, що в організмі сформувався новий наркоманічний гомеостаз. Після сп'яніння розвивається абстинентний стан: розслабленість, падіння м'язового, серцево-судинного тону, неможливість виконувати навіть некваліфіковану фізичну роботу. Потяг до сп'яніння яскраво виражено і має зовнішні ознаки - мідріаз, блідість, тремор, рухове занепокоєння. Відсутність п'янкої речовини викликає гострий дисфункційний стан, що виражається соматоневрологічним збудженням (переважно симпатичним), дисфорією. У стані абстиненції хворі небезпечні для себе і оточуючих (самогубства, агресія, злочини).

При токсикоманіях життєдіяльність підтримується на певному рівні тільки за умови постійного прийому п'янкх засобів. При регулярному прийомі необхідної дози стан благополучний, але лише в порівнянні з абстинентним синдромом. За винятком деяких форм наркоманії, навіть на достатньому для нього тлі інтоксикації токсикоман психічно і фізично не здатний до продуктивної діяльності, розумним контактам з оточуючими.

Синдром наслідків хронічної інтоксикації має основою неухильно наступає психофізичне, енергетичне виснаження. Психічні зміни розвиваються в діапазоні від астеничного синдрому, неврозоподібних станів до апатоабулічного синдрому і грубої деменції органічного характеру. Обов'язкова псіхопатизація особистості, яка стає важчим соціальним конфліктом токсикоманії. Соматоневрологічні зміни, викликані дизрегуляційною дією наркотиків, досить специфічні і спостерігаються не при всіх формах токсикоманій. При різних формах токсикоманій симптоми, що доповнюють синдром наслідків, різні, відображають приватні ефекти наркотично діючих засобів, нічим заснований диференційний діагноз. Найбільш злорякісні речовини, сп'яніння якими викликає потьмарення

свідомості (засоби побутової хімії, барбітурові снодійні, гашиш і т.п.): швидко формується токсична енцефалопатія та токсичне ураження печінки спричиняють ураження інших паренхіматозних органів. Зловживання цими речовинами нерідко призводить до смерті на ранніх етапах хвороби: на тлі неясного свідомості втрачається кількісний контроль, і некерований потяг веде до передозування.

Послідовний розвиток хворого наркоманічного синдрому визначає стадії токсикоманії:

I стадія - синдром зміненої реактивності і синдром психічної залежності;

II стадія - якісна зміна цих синдромів і приєднання синдрому фізичної залежності;

III стадія - подальше якісна зміна всіх трьох синдромів.

З перебігом хвороби симптоматика активації в сп'янінні гасне як наслідок психофізіологічного виснаження. Падає переносимість, клінічний і поведінковий прояв потягу також втрачає інтенсивність. Абстинентний синдром представлений анергічними станами, тужливою депресією, нерухомістю, реальна загроза колапсу. Згасання власне наркоманічної симптоматики означає крайнє неблагополуччя: нявні до цього часу функціональні і органічні зміни життєво важливих систем призводять до смерті навіть у молодому віці. Виразність окремих синдромів коливається при різних формах токсикоманій (переважна симптоматика психічної або фізичної залежності), також як великого наркоманічного синдрому в цілому (мала інтенсивність при тютюнопаління та висока при опійної наркоманії).

При зловживанні, що почався в молодому віці, синдроми надалі залишаються структурно нечіткими. Нерідко синдром наслідків спотворює власне наркоманічну симптоматику (недоумство при зловживанні



барбітуратами, поглинає симптоматику психічної залежності) і навіть випереджає її всебічного розвитку (циклодолова токсикоманія).

Підставою запідозрити токсикоманію служать наступні ознаки. Стан сп'яніння, в оцінці якого слід звертати увагу на підйом настрою, неясність свідомості і вегетативну симптоматику. Поведінка завжди неадекватно ситуації контакту пацієнта з лікарем: відсутність належної серйозності, надлишкова ініціатива в бесіді, обговорення тем, що не відносяться до предмету розмови, відсутність почуття дистанції і т.п. Свідомість змінено за типом потьмарення (іноді в легкому ступені) або звужене; Останнім характерно для опійного сп'яніння. Вегетативна симптоматика залежить також від виду наркотично діючої речовини, його дози і етапу сп'яніння; може проявлятися переважаючою симпатичної або парасимпатичної ірритацією. Особливо слід звертати увагу на величину зіниць, латеральний ністагм, фіксацію погляду, ясність райдужної оболонки, кровонаповнення поверхневих тканин, м'язовий тонус, тремор, координацію, рівень артеріального тиску і частоту серцевих скорочень.

Характерною рисою сп'яніння є його швидка динаміка: спостереження протягом 20-30 хвилин це підтверджує. У ряді випадків від сп'янілого виходить специфічний запах: "хімічний" при зловживанні летючими, наркотично діючими засобами, перманганату калію при пероральному прийомі обробленого ефедрину; гашиш та опій (при палінні) також легко уловлюються нюхом. Зовнішній вигляд токсикомана поступово набуває характерні риси: передчасне старіння, виражені трофічні розлади (млява, зморшкувата шкіра, тьмяність і ламкість нігтів і волосся, відсутність багатьох зубів). Виснаження випереджає і тому не відповідає наявним соматоневрологічним розладам.

Треба звертати увагу на сліди внутрішньовенних ін'єкцій, особливо численні у зловживають ефедрином; досвідчені пацієнти уникають введення в кубітальні вени, використовуючи менш відомі судини (на кистях, стопах і

ін.). Внутрішньовенне введення дуже швидко викликає склерозування вен, не завжди супроводжується флебитом. Місця введення щільні на дотик, шкіра над ними пігментована. Деякі хворі змушені носити довгі рукава. Для опіоманії, курців гашишу, для використовуючих стимулятори характерні блідість з субіктерічністю шкіри і слизових оболонок, схуднення, для зловживаючих снодійними, седативними препаратами, засобами побутової хімії - блідість з сіруватим відтінком, пастозність, гнійничкові висипання. При зловживанні синтетичними анальгетиками шкіра набуває відтінок "кава з молоком", характерний інтерстиціальний нефрит. При зловживанні снодійними засобами, особливо барбітуратами, на спинці язика утворюється смужка коричневого нальоту, важко видаляється, при зловживанні ефедрином - язик малиновий, блискучий, звертає на себе увагу надмірна рухливість, сіпання окремих м'язових пучків.

Різко відрізняються сповільненістю реакцій, рухів, мови, кмітливості (брадикінезія, брадіфазія, брадипсихія) особи, які зловживають снодійними і заспокійливими засобами. На прийомі у невропатолога можливі випадки млявих паралічів з дизартрією, стріопаллідарною симптоматикою - при марганцевій токсичній енцефалопатії в результаті приготування концентрату ефедрину за допомогою перманганату калію. Для зловживають наркотично діючими речовинами характерні коливання настрою з нападами злобного роздратування, прискіпливості, а також десоціалізації (втрата місць навчання, роботи, зміна кола спілкування, відчуження, життя поза сім'єю).

#### ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВЖИВАННЯ ОКРЕМИХ ВИДІВ ПАР

**Кофеїнова токсикоманія** (теїзм) є, як правило, результатом тривалого вживання великої кількості міцної кави або чаю (чифіра). Кавова токсикоманія поширена в країнах, де кава систематично вживають у великих кількостях для стимуляції працездатності. Міцна кава і чай підвищують тонус нервової системи і надають відчуття бадьорості, особливо стомленій

людині. Передозування може викликати перезбудження з погіршенням самопочуття, особливо у осіб з серцево-судинною патологією і органічними ураженнями головного мозку. Таке отруєння проявляється головним болем, запамороченням, тахікардією, відчуттям важкості в області серця, тремором рук, дратівливістю. Особи, які тривалий час зловживають кави і чифіром, зазвичай скаржаться на погане самопочуття при припиненні дії попередньої випитої порції, їм доводиться вживати ту чи іншу все частіше.

#### Наркотичне сп'яніння

Соматовегетативних і неврологічних ознаки: шкіра гіперемірована, очі блищать, погана хитка, руху розмашисті, широкі. Ознаки психічних порушень: Піднесений настрій, рухове пожвавлення з метушливістю, що доходить до моторного збудження. Характерна багатослівність, нав'язливість, настирливість в спілкуванні.

#### Абстинентний синдром

У перші дні відмови від вживання хворі скаржаться на слабкість, відчуття розбитості, неприємні відчуття в області серця, диспептичні явища, безсоння, нестійкість настрою, дратівливість, зниження пам'яті. Виразність і тривалість абстинентів явищ, як правило, незначні - на протязі 2-3 тижнів вони зникають під впливом загальнозміцнюючих засобів (глюкози, вітамінів), транквілізаторів (сібазона, хлосепида), малих доз нейрореплетичних препаратів.

Соматовегетативні і неврологічні ознаки: Відчуття розбитості, втома, млявість, серцебиття, різкі головні болі, порушення точності рухів.

Ознаки психічних порушень: Астенія, пригніченість настрою, неспокій, зниження працездатності, тяга до вживання чифира.

#### *Диференційно-діагностичні критерії зловживання канабіноїдами*

## Наркотичне сп'яніння

При курінні кустарно виготовлених препаратів канабісу (наприклад, марихуани, гашишу) ефект настає через 20-30 хвилин, після вживання регос ("молоко", "жаревка") - через 60-90 хвилин. Тривалість - від 3 до 12 годин.

Соматовегетативні і неврологічні ознаки: Почервоніння шкірних покривів і склер з подальшою їх блідістю. У хворих виникає тремтіння, вони відчують приплив крові до обличчя, дзвін і шум у вухах. Часто з'являються сухість у роті, нудота, іноді з блювотою, сильний голод, що переростає в спазми шлунку (т.зв. "наркотичний голод"), спрага. Пульс частішає до 100 ударів в хвилину. Підвищуються температура і артеріальний тиск. Очі набувають характерного "наркотичного" блиску, зіниці розширені. Реакція зіниць на світло ослаблена. З'являються порушення координації рухів, тремтіння пальців рук, а іноді і всього тіла.

Ознаки психічних порушень: Сп'яніння нагадує за своїм характером алкогольне і характеризується двома фазами: збудження і гальмування. У стадії порушення відзначається підйом настрою, неадекватний, нестримний тріскучий, легкий, безтурботний сміх (на початку "хохотунчик", а потім, "об'єдунчик"). Мислення стає яскравим, образним, непослідовним; являє собою потік випадкових асоціацій, напливів фантазій, мрій, спогадів. Людина в сп'янінні стає балакучою. У нього різко порушується сприйняття навколишнього (якість кольору, просторове, тимчасове). З'являються яскраві ілюзорні розлади: забарвлення предметів стає дуже яскравою, звуки - гучними, що тягнуть. Виникає характерний грезоподобний синдром, реальні образи вигадливо переплітаються з фантастичними, сп'янілі здається, що його тіло ширяє в повітрі. З'являється сексуальне розгальмування. Можуть бути переходи від екстазу до панічного страху (т.зв. "зрада"). На виході зі стану сп'яніння нерідко виявляються страхи, потім настає сон, що триває протягом декількох годин.

Абстинентний синдром: Спостерігається у наркоманів з великим стажем. Розвивається через 4-5 годин від останнього вживання канабісу. Загальна тривалість абстинентів явищ - до місяця. Найбільша їх інтенсивність спостерігається в інтервалі від 3 до 15 діб.

Соматовегетативні і неврологічні ознаки: У хворих відзначається позіхання, чхання, загальна слабкість, набряклість обличчя, озноб, підвищення артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, болі в області серця, біль в кістках, нудота, блювота, безсоння.

Ознаки психічних порушень: Для хворих характерна млявість, що змінюються занепокоєнням і дисфорією, плаксивість, іпоходричність, пригніченість настрою, тривога, агресивність. У них зазначається непереборний потяг до наркотику. У частині випадків розвиваються психози, які супроводжуються галюцинаторними переживаннями.

### ***Диференційно-діагностичні критерії зловживання опіатами.***

Алкалоїди та деривати опію, а також синтетичні речовини з морфіноподібних дією здатні швидко викликати звикання. Опіати приймаються наркоманами як шляхом куріння (опіопаління), так і прийомами всередину (опіофагії). Морфін, героїн, розведений опій вводять підшкірно і внутрішньовенно. Клінічна картина наркоманії при вживанні наркотиків цієї групи ідентична, хоча і відрізняється лише за тривалістю, інтенсивністю, деяких деталей і вираженості абстинентного синдрому.

#### **Наркотичне сп'яніння**

Соматовегетативних і неврологічні ознаки: блідість шкірних покривів, сухість слизових оболонок і шкіри. Мова рожевий, обкладений білуватим нальотом. Артеріальний тиск знижений, при цьому спостерігається уповільнення частоти пульсу і зниження температури тіла. У хворих

відзначаються часті закрепи, звуження зіниць, при відсутності або вкрай млявою реакції на світло. Порушень координації і артикуляції немає.

Ознаки психічних порушень:

I фаза - після прийому речовини спостерігаються аналгезія, дрімотний стан, зміни настрою і затуманений стан свідомості. Максимум знеболюючого впливу відзначається приблизно через 20 хвилин після внутрішньовенного вливання або через 1 годину після підшкірного введення і триває від 4 до 6 годин залежно від типу опіоїдів, дози і історії зловживання наркотиками в минулому. До інших проявів відносяться почуття тепла, тяжкості в кінцівках, парестезії, сухість у роті на тлі сильної ейфорії ( "прихід"), іноді - розламуючий біль в м'язах ( "ломка"). У наркоманів, що застосовують внутрішньовенне введення препарату, негайно ж відзначається досягнення найвищої точки, яка описується ними як почуття, близьке до оргазму (зване "кайф", "волокуша", "таска"), внаслідок того, що препарат потрапляє в мозок через кілька хвилин після ін'єкції. Далі йде седативний ефект (який наркомани називають "відхід у дрімоту").

II фаза - тонізуючу дію тривалістю до 4 годин: піднесений настрій, "нірвана". Відзначається лабільність всіх психічних процесів. У свідомості домінують яскраві, чуттєві образи. Мова швидка, виразна, на висоті інтоксикації - змашена; хворі охоче розмовляють і відповідають на питання. Ні дратівливості, злостивості, грубості.

Абстинентний синдром

Абстинентні страждання виникають в середньому через 6-8 годин після останнього прийому наркотику, досягають піку через 36-72 години, згладжуються (навіть без лікування) через 10-12 днів. За ступенем наростання і вираженості симптомів абстинентний синдром ділять на чотири фази.

У першій фазі загострюються ознаки психічної залежності: різко знижується настрій, наростає психічний дискомфорт, з'являються нав'язливі уявлення про наркотичному сп'янінні. До них додаються симптоми розладів вегетативної сфери організму: розширення зіниць, слезотеча, розширення зіниць, позіхання, чхання, "гусяча шкіра". Порушується сон, зникає апетит.

Друга фаза супроводжується нападами сонливості і слабкості. У м'язах рук і ніг з'являються неприємні відчуття при збільшенні м'язової напруги. Посилюються перераховані для першої фази симптоми.

Третя фаза починається через 24-48 годин після останнього прийому наркотику. Характеризується вираженими м'язовими болями, наркоман не може всидіти на одному місці, знаходиться в постійному русі: встає, ходить з кутка в кутка, знову сідає, знову встає і т.д. У нього нерідко виникають судоми м'язів верхніх кінцівок. З'являється частий рідкий стілець.

Четверта фаза починається через 36-72 години після перших проявів симптомів абстиненції. Наркоман відчуває різке пригнічення настрою, відчуття страху, у нього трясуться руки, зіниці сильно розширені. Спостерігається рясне виділення слизу з носа. Виражено слезотеча, спостерігається часте чхання і позіхання. Частий пронос, блювота, хворобливі спазми в животі.

Соматовегетативних і неврологічних ознаки: Хворі виглядають змученими. Обличчя бліде, з землистим відтінком. Очі запалі, з темними колами. Риси обличчя загострилися. Відзначається часта позіхання, рясне слюно- і слезотеча, свербіж в носі носоглотці, нежить, напади чхання. Часто хворі скаржаться на спазми в шлунку, тупу, одноманітну зубний біль, спочатку ввечерами, а потім і вдень. Через 36 годин після останнього введення наркотику у хворих відзначається почастищення серцевого ритму і дихання, незначне підвищення температури тіла з ознобом, підвищення

артеріального тиску, нудота, іноді блювота, пронос, що змінюється запорами, посилене сечовиділення, втрата ваги внаслідок зневоднення організму.

Крім того, у хворих різко підвищується тонус м'язів (особливо жувальних), що супроводжується інтенсивними, ломить болями в суглобах, в м'язах рук, ніг, попереку, спини, через які хворі не знаходять собі місця, постійно потирають, розминають м'язи, намагаються рухатися (рух приносить короткочасне полегшення). У них з'являється озноб з "гусячою шкірою", підвищена пітливість, відсутність апетиту, бессінниця. Відзначається розширення зіниць.

Ознаки психічних порушень: Хворі неспокійні, дратівливі, гнівливі, агресивні. Поведінка починає носити характер психопатоподобного - панічні реакції, ридання, демонстративне нанесення самоушкоджень; руйнівні тенденції. Хворі тривожні, депресивні, відчують непереборне прагнення добути наркотик. Найбільш важкі абстинентні явища розвиваються після вживання героїну. При цьому нерідко виникають порушення дихання і виражена депресія. На другому місці - морфін або пантопон при внутрішньовенному введенні, далі морфін привнутрішньом'язовому і підшкірному введенні, дещо слабше - промедол і інші синтетичні морфіноподібної дії, ще слабше опій при палінні і прийомі всередину, кодеїн та інші препарати, що застосовуються всередину.

### ***Диференційно-діагностичні критерії зловживання галюциногенів (психоделіків)***

До теперішнього часу відомо близько двохсот психоделіків, які, виходячи з критерію близькості їх молекулярної структури до одного з головних нейромедіаторів: серотоніну, допаміну або ацетілохіна, можна розділити на наступні групи :

А. психотоміметики, родинні серотоніну (ЛСД)



Б. психотоміметики, родинні допаміну

В. психотоміметики, родинні ацетилхоліну (дітран)

Г. інші психотоміметики (кетамін)

Наркотичне сп'яніння

ЛСД приблизно в 4000 разів активніше мескаліна і в 100 разів активніше псилоцибина. Звичайна пероральна доза для споживачів ЛСД становить 25-100 мкг (середня - 1 мкг / кг). Ефект настає через 30-90 хвилин (при парентеральному введенні ефект настає значно швидше) і триває, як правило, 5-12 годин. При цьому зміни психіки можуть зберігатися до декількох днів.

Соматовегетативних і неврологічні ознаки: головним чином обумовлені симпатомиметическим ефектом: мідріаз, артеріальна гіпертензія, тахікардія, гіперрефлексія, тремор, нудота, пілоерекція, м'язова слабкість і гіпертермія. При пероральному прийомі ЛСД в дозі 0,5-2 мкг / кг соматичні ефекти наступають протягом декількох хвилин. Після відчуття запаморочення, слабкості, сонливості, нудоти і парестезій виникає внутрішня напруга, об'єктоване сміхом чи плачем. Емоційний стан характеризується ейфорією. Через два-три години виникають зорові ілюзії, псевдогаллюцинації, хвилеподібно повторювані зміни сприйняття (наприклад, макропсія і мікропсія - "Аліса в країні чудес"), афективні симптоми.

Ознаки психічних порушень:

1. Переживання того, що одна частина його стає пасивним спостерігачем, тоді як інша сприймає яскраві і незвичайні переживання. Увага направлено на внутрішній світ; при цьому навіть саме незначне відчуття або почуття набуває глибокий сенс. Знижується здатність диференціювати кордону одного об'єкта від іншого, відокремлювати себе від

навколишнього; можливо відчуття єднання з людством або космосом (емпатогенна дія).

2. Переживання "змішання почуттів" обумовлено полегшенням переходу збудження від однієї сенсорної модальності в іншу (синестезія). При цьому споживачі ЛСД відзначають, що вони можуть почути колір або побачити звук.

3. Зміни суб'єктивного часу супроводжується відчуттям його уповільнення або повного припинення. ("Немає ні минулого, ні майбутнього. Все обмежується справжнім"). Втрата кордонів і страх фрагментації створюють необхідність структурують і опорної середовища; і в значенні того, що психоделіки створюють необхідність наявності "побратимів" по психоделічного досвіду і пояснює системи, вони є "культогенними". Під час тріпу настрій дуже лабільний і може змінюватися від радості або від захоплення до страху. Напруга і тривога можуть посилюватися і досягати панічного рівня ("bad trip" - "поганий тріп").

Побічні ефекти: В даний час прийнято виділяти гострі, підгострі і хронічні ефекти психоделіків.

Гострі побічні ефекти включають:

1. Виникнення основних побічних ефектів психоделіків багато в чому залежить від психологічних очікувань суб'єкта і атмосфери, в якій відбувається прийом психоделіка. Проявляються у вигляді тимчасового (до 24 годин) епізоду паніки - "поганий тріп". Це стан купірується втішною розмовою в сприятливій, теплій обстановці, вкрай рідко додатково використовуються анксиолітики або барбітурати (але не нейролептики, тому що вони можуть посилити клінічну картину).

2. Підгострі психотичні реакції, що тривають більше 24 годин: зазвичай накладаються на вже предсуществующей психотичний розлад у пацієнтів, що

використовують цілий ряд наркотиків (полінаркоманія) і вимагають обов'язкової лікарської допомоги. Включають flashback, і ("спалах минулого") - повернення ефекту психоделіків в умовах тривалої абстиненції (тобто без прийому психоделіків) з точним повторенням переживання. Їх розвиток спостерігається в 15-77% випадків і зазвичай викликається медитацією, марихуаною, тривоною, втомою або темним простором, а також нейролептиками-фенотіазинами. Flashback, і нагадують переживання *deja vu* і можуть інтерміттувати протягом декількох років після останнього прийому психоделіка. Нерідко flashback, і виникають в стресових ситуаціях, при цьому сам трип завжди розцінюється як "вище, ніж я коли-небудь був", тобто є сильним емоційним стресом .

3. Хронічні побічні ефекти можуть бути розділені на функціональні і органічні. Функціональні зміни не завжди можна вважати побічним ефектом і розладом. Як правило, це еґо-Синтоническая зміна способу життя і міжособистісного поведінки. Каталітичний ефект ЛСД найбільш часто спостерігається у людей, схильних до нетрадиційних і філософськими поглядами. ЛСД - індуковані органічні розлади досить важко задокументувати з упевненістю, так як немає преморбідних даних; крім того, часто складно віддиференціювати причину через неконтрольоване використання інших психоактивних засобів. У проведених плацебо-контрольованих дослідженнях не виявлено картина збільшення частоти розвитку органічних розладів.

Хронічна інтоксикація: призводить до формування психоделічного синдрому. Даний синдром включає в себе симптоми перебільшеного миролюбності, глибокої віри в свержчувственное сприйняття, відразу до фізичного насильства, віру в магію, чудеса і т.п. Нерідко, хворі з психоделічним синдромом (т.зв. "acid heads" - "кислотні голови") прагнуть жити в колективах, де постійно вживається ЛСД, а громадський порядок спирається на безструктурну, суперечливу психоделическую філософію.

Особистість хворих сильно змінена. Вони важко адаптуються в соціумі, тому що здатні до суперництва і конкурентній боротьбі, в зв'язку з чим ведуть паразитичний спосіб життя.

### ***Диференційно-діагностичні критерії зловживання N-метоксильованими фенілізопропіламінами***

Еталонним препаратом серед N-метоксильованих фенілізопропіламінів є МДМА (3,4-метілендіоксиметамфетамін). У середовищі наркоманів найбільш відомий під назвою "Екстазі".

Наркотичне сп'яніння:

Соматовегетативних і неврологічні ознаки: мідріаз, тахікардія, підвищення артеріального тиску.

Ознаки психічних порушень: Виражене стимулюючий і емпатогенне дію. При вживанні наркоманами часто використовується метод "додаткової" дозування: після початкової дози - 120мг через 2,5 години приймають додатково ще 40 мг МДМА, що дозволяє продовжити дію препарату. Після вживання спостерігається відчуття емоційної близькості з іншими людьми; при цьому втрачаються комунікаційні бар'єри, людина стає "відкритим". Цей ефект супроводжується посиленням сприйняття тактильних стимулів. Спостерігається лабільність психічних процесів, підвищення розумової і фізичної працездатності, у зв'язку з чим, МДМА отримав визнання серед аматорів багатогодинних рейв-дискотек. Після використання МДМА виникає виражена слабкість і летаргія. У зв'язку з тим, що стимулюючий ефект обумовлює значне фізичне навантаження і втрату води, часті випадки госпіталізації молодих людей після "рейвов" через зневоднення організму. Є інформація про поєднання МДМА та інших речовин, об'єднаних загальною назвою "Екстазі", з "Віагрою". Дане поєднання отримало назву в середовищі наркоманів "Секстазі" в зв'язку зі здатністю різко посилювати потенцію на тлі виражених емпатичних переживань оргазму партнера. Дане поєднання є

найбільш небезпечним, тому що часто тягне за собою смерть від інсультів та тромбоемболії.

Хронічна інтоксикація викликає формування психоделічного синдрому, в структурі якого домінує астеническая симптоматика і сензитивність.

### ***Диференційно-діагностичні критерії зловживання снодійними засобами і транквілізаторами***

#### Снодійні засоби

Предметом зловживання є далеко не всі снодійні засоби, а лише препарати середньої тривалості дії, наркотичний ефект яких настає досить швидко і є досить стійким. Звичайний спосіб вживання - всередину. Як правило, токсикоманія первинно виникає в результаті зловживання барбітуратів, але в подальшому підтримується за рахунок приєднання будь-яких які барбітурова гіпнотиків, а в ряді випадків і транквілізаторів (що веде до обваження клінічної картини). Найбільш широко поширене і небезпечно споживання барбітуратів в комбінації з героїном, психостимуляторами або спиртними напоями.

#### Барбітурова наркотичне сп'яніння

Справляють враження людей, які знаходяться в стані алкогольного сп'яніння різного ступеня (ейфорія з емоційною нестійкістю, запальністю, расторможенностью і агресивністю).

Соматовегетативні і неврологічні ознаки: Відзначаються гіперемія шкірних покривів і склер, гіпотонія, брадикардія (відміну від інших наркотичних засобів), зниження температури тіла, пригнічення безумовних вегетативних рефлексів: мідріаз (незалежно від освітлення), відсутність або млява реакція зіниць на конвергенцію, ністагм в крайньому відведенні, що йде врозріз, страбізм. На спинці язика присутній тонкий, коричневий,

сп'яний з епітелієм наліт. При важкому сп'янні спостерігається офтальмоплегія з повною нерухомістю погляду і двосторонній птоз. Характерні розлади координації та дизартрії (нагадують глибоке алкогольне сп'яння), а також м'язова слабкість. А тактичні розлади і невпевненість ходи, похитування при ходьбі, відхилення в бік від заданого напрямку, падіння. Рухи неточні, рвучкі, розмашисті; безліч зайвих рухів, адіодохокінез. Координаторні проби (пальце-носова, колінно-п'яткова і ін.) Виконуються з грубим промахом. В позі Ромберга похитування з боку в бік; невеликий розмашистий тремор пальців рук. Через виражену м'язову слабкість обличчя маскообразное, з обвислими губами, напівзакритими повіками. Сухожильні і періостальних рефлекси пригнічені.

Ознаки психічних порушень: На початкових етапах хвороби відзначаються: безпричинна веселість, безтурботність, настирливість, нестійкість уваги, балакучість з частою зміною тем розмови. Мова змазана, невиразна ( "каша в роті"), уповільнена, з раптовими зупинками, іноді скандована. Характерні рухливість і жага діяльності без належної продуктивності, так як хворі безглузді, метушливі, докучливі. У початківців токсикоманів може бути знерухомлених, що переходить в парадоксальне рухове збудження. Емоційні реакції і поведінка не відповідають ситуації, настрої нестійкий.

З незначного приводу благодушність різко змінюється невдоволенням, дратівливістю, гнівливістю. Міміка і жести перебільшені (але при великій давності захворювання, навпаки, міміка і моторика збіднені).

При вираженому сп'янні мислення уповільнене, осмислення ситуації різко порушено. На запитання відповідають після тривалої паузи. Не розуміють звернену до них мову, відповідають невлад, не можуть відповісти на найпростіші запитання. У важкій інтоксикації руху набувають автоматичний характер, мова стає незв'язної, а поведінка непередбачувана. Завершується сп'яння загальною слабкістю і сном.

## Абстинентний синдром

Слід підкреслити тяжкість абстиненції при зловживанні снодійними, зокрема, Барбітура, що перешкоджає одномоментному відриву від наркотиків. Барбітурова абстиненція характеризується розвитком важких, небезпечних для життя розладів. Абстинентний синдром розвивається протягом першої доби з моменту останнього прийому снодійного. Тривалість абстиненції до 4-5 тижнів. Найбільша інтенсивність її проявів і фізичного потягу від 3 до 14 діб.

Соматовегетативні і неврологічні ознаки: Озноб, підвищення температури та артеріального тиску, тахікардія, недостатність серцево-судинної системи, що може призвести до летального результату. Болі в шлунку, чистий рідкий стул з тенезмами, нудота, можлива багаторазова блювота. Відмітна ознака, що не зустрічається при інших видах наркоманії і токсикоманії, - болі в великих суглобах (колінних, ліктювих, плечових). Відчуваються м'язові болі, сон і апетит порушені, гіпергідроз, сальність шкірних покривів. Мідріаз з млявою фотореакцією, недостатність конвергенції, запаморочення, латеральний ністагм. Загальний тремор пальців рук, тремор закритих вік, висунутого язика, голови. Помірні координаторні порушення (похитування в позі Ромбегра і при ходьбі, неточність при виконанні проб). Мимовільне сіпання м'язів, напруженість і короткочасне судорожне зведення литкових м'язів, фібрилярні посмикування лицьової і скелетної мускулатури, сухожильні рефлекси знижені.

Ознаки психічних порушень: Толерантність може збільшуватися в 8-10 разів. Переважає злобно-тужливий фон настрою, тривога. Хворі похмурі, пригнічені, дратівливі, вибухові, непосидючі, постійно змінюють позу. При відмові в призначенні необхідних коштів можуть проявити агресію по відношенню до медперсоналу. Двигательно неспокійні, не знаходять собі місця. Можливий розвиток типової важкої депресії з суїцидальними тенденціями.

У важких випадках, а також при одномоментному скасування наркотику у хворих можуть відзначатися генералізовані тоніко-клонічні напади (аж до епілептичного статусу) і тривалі психози по типу делірію, що невластиво іншим видам наркоманії і токсикоманії. Барбітурові психози, які зовні можуть нагадувати алкогольний делірій, відрізняються більш глибоким потьмарення свідомості, переходять в сопор і кому внаслідок набряку і набухання мозку, зі смертельними наслідками.

## Транквілізатори

### Наркотичне сп'яніння

Спочатку наркотичне сп'яніння виникає від 6-7 кратної дози транквілізаторів. Соматовегетативних і неврологічних ознаки: Особа гіперемірована, склери очей ін'єктовані. Шкіра сальна. Артеріальний тиск в межах норми. Відзначається слабкість, мідріаз, з млявою реакцією зіниць на світло, латеральний ністагм, дизартрія, грубі порушення координації. М'язовий тонус підвищений, у багатьох хворих спостерігається хода (без згинання колін) з порушенням рівноваги.

Ознаки психічних порушень: Ейфорія, безпричинне веселощі на тлі мовної та моторної активізації, фамільярності, безцеремонності, розбещеності, цинічності, настирливості. Мислення і якість суджень поверхневі, можливі мрієподібні переживання. На більш пізніх етапах наркотизації спостерігається схильність до дисфорій, амнестичних розладів, після виходу зі стану сп'яніння - постінтоксикаційної астенії (млявість, слабкість, легка стомлюваність, афективна лабільність, зниження апетиту, порушення сну).

### Абстинентний синдром

Немає тенденції до постійного підвищення доз. Абстинентні явища не носять вираженого характеру. Соматовегетативні і неврологічні ознаки: У



хворих спостерігається блідість, нудота, озноб, скарги на біль у суглобах, попереку, млявість, почуття загальної слабкості, запаморочення, головний біль. Артеріальний тиск підвищений на тлі тахікардії. Зіниці розширені, з млявою реакцією на світло, горизонтальним ністагмом. Дистальні відділів кінцівок холодні. Присутній дрібноий тремор пальців, м'язові посмикування, гіпертонус м'язів, підвищення сухожильних і періостальних рефлексів.

Ознаки психічних порушень: Хворі апатичні, нерідко відчують занепокоєння, тривогу, похмурість, злостивість, безглузого, страхи. Настрій знижений, відзначається безсоння (нічні пробудження з неможливістю заснути).

### ***Диференційно-діагностичні критерії зловживання антипаркінсонічними препаратами***

#### Наркотичне сп'яніння

Сп'яніння схоже з ознаками алкогольного сп'яніння середньої тяжкості. Характерні також застигання в мрійливої позі, здригання при окрику.

Соматовегетативні і неврологічні ознаки: Відзначається блідість і сухість шкірних покривів, слизових. Характерним є різке розширення зіниць, своєрідна "каламутність" очей, ослаблення їх реакції на конвергенцію і аккомодацию; ністагм в крайніх відведеннях погляду. Пульс прискорений; артеріальний тиск підвищений. Координація рухів порушена; нерідкі атактично-мозочкові розлади ( "на стіну лізуть"). Мова змазана, дизартрична ( "каша в роті").

Ознаки психічних порушень: У психопатологічної картині сп'яніння розрізняють 4 фази:

1. ейфорична (20-30 хвилин);
2. звуженої свідомості (2-3 години);

3. галлюциаторна (деліріозна);

4. фаза виходу.

Хворі, які зловживають антипаркінсонічними препаратами, чітко обмежують галюцинаційні переживання від реальної дійсності, перебуваючи як в стані сп'яніння, так і після виходу з нього. Деліріозні потьмарення свідомості характеризується великою кількістю яскравих, страхітливих зорових і слухових галюцинацій, гостро виникли чуттєвим маренням відносини, переслідування і психомоторним збудженням.

#### Абстинентний синдром

Формується на 10-14 місяць зловживання. Розвивається на наступну добу після прийому препарату. Характеризується швидкістю формування і важкістю перебігу, завершуючи астенічним симптомокомплексом. Тривалість абстиненції 7-12 днів.

Соматовегетативних і неврологічні ознаки: Особа сальне, маскообразное. Хворі скаржаться на неприємні хворобливі відчуття в м'язах ніг, спини, іноді болі в великих суглобах; загальну слабкість, розбитість.

З боку серцево-судинної системи спостерігається вазомоторний лабільність. Відзначається різке підвищення тону м'язової мускулатури; часті судомні посмикування окремих м'язових груп, мимовільні рухи кінцівок (потирання рук, погладжування волосся, розгойдування тіла). Сухожилльні рефлексії підвищені.

Ознаки психічних порушень: Відчуття внутрішнього душевного неблагополуччя, занепокоєння, напруженість, злостивість. До кінця першої доби знижується настрій, знижується працездатність, наростає психічна виснаженість по типу "дратівливою слабкості"; потяг до наркотику посилюється і набуває нестримного характеру.

## *Диференційно-діагностичні критерії зловживання ефедрином та його похідними (на прикладі ефедрону)*

### Наркотичне сп'яніння

При передозуванні ефедрону спостерігається нервово збудження, безсоння, тремтіння кінцівок, блювота, посилене потовиділення. При великих дозах - синусовааритмія, екстросістолія, пароксизмальнатахікардія. Після перших прийомів ефедрону гостре наркотичний стан триває 6-8 годин, в міру продовження премов цей проміжок коротшає, і збільшується частота введення (до 15 разів на добу внутрішньовенно).

Соматовегетативні і неврологічні ознаки: Обличчя бліде, сухість у роті (хворі постійно облизують губи), гіпертензія, виражена тахікардія, сексуальне збудження. Під час огляду виявляються різко розширені зіниці, латеральний ністагм, легка дискоординація, дрібний тремор пальців рук, гіпергідроз, стійкий червоний дермографізм.

Ознаки психічних порушень: При ефедроновому сп'янінні відзначаються підвищений настрій, почуття незвичайної легкості в тілі (відчуття відірваності від землі і політ), навколишнє сприймається надзвичайно чітко, ясно, контрастно, фарби здаються яскравими і соковитими, природа представляється фантастичною.

При початкових введеннях виникає відчуття, що піднімається теплою хвилі ( "приплив") зі своєрідними переживаннями типу "волосся стає дибки на голові", "розбігаються мурашки", втрачається відчуття часу, на тлі надлишкової моторної активності і безглуздою метушні. Відзначається одноманітна непродуктивна діяльність, багатомовність, нав'язливість, прагнення до спілкування, бажання поділитися своїми незвичайними відчуттями, що становить основну тему розмови.

### Абстинентний синдром

Найчастіше починається через 15-20 годин після останнього введення ефедрону і триває в середньому 7-8 днів, в окремих випадках - до 14 днів.

Соматовегетативні і неврологічні ознаки: Нестійкість артеріального тиску, артеріальна гіпотонія. Загальна різка фізична слабкість, розбитість, млявість. Головний біль, найчастіше захоплююча одну половину голови. Розлиг стійкий дермографізм, акроціаноз, гра вазомоторів обличчя і шиї, сальність шкірних покривів. Хворі часто скаржаться на відчуття розбитості в м'язах, в тілі. Характерні фібрилярні посмикування окремих м'язових груп особи, язика, у міру наростання наркотизації - в інших частинах тіла. На обличчі ці посмикування носять характер тиків і зберігаються 2-3 тижні. Міоз з млявою реакцією зіниць на світло і конвергенцію. Латеральний ністагм при крайніх відведеннях і інсталяційний, копіювальний - при погляді вгору. Сухожилльні і періостальних рефлексии знижені. Порушення координації рухів. Точні руху утруднені. Координаторні проби виконуються з промахуванням. У ускладненій позі Ромберга хворі падають. Хода атактична. Дизартрія.

Ознаки психічних порушень: У перші години проявляється дратівливість, запальність, грубість, негативізм до всього навколишнього, іноді виникають істероформні реакції. Відзначається наростаюча несвідома тривога, відчуття внутрішньої напруги, депресія, дисфорії, рухове занепокоєння на тлі компульсивного потягу до наоркотіку. Через кілька годин ці прояви слабшають, і на передній план виходять астено-апатичний і субдепресивний синдроми. Життя уявляється безглуздим і непотрібним. Немає сил навіть на пошуки наркотику. На висоті абстиненції можливі суїцидальні спроби.

### ***Диференційно-діагностичні критерії зловживання амфетаміном***

За своїми якісними характеристиками їх дію на психіку в багатьох аспектах схоже з ефектами, що викликаються кокаїном.

## Амфетамінове наркотичне сп'яніння

Соматовегетативних і неврологічні ознаки: Характерні різке підвищення артеріального тиску, збільшення частоти дихання, серцева аритмія (передчасне скорочення шлуночків серця), зниження апетиту і безсоння. Під час огляду виявляються тремор, озноб, запаморочення, підвищена пітливість, гіперрефлексія, різко розширені зіниці.

Ознаки психічних порушень: Різке підвищення настрою, ейфорія, багатомовність, що змінюється дратівливістю, тривожним занепокоєнням і агресивною поведінкою. Хворі прагнуть весь час знаходитися в русі, при цьому схильні до стереотипних монотонних дій (багато годин). При передозуванні можливі психотичні картини з ажитацією, що нагадують гострі стани при шизофренії (галюцинаторні розлади, деліріозні або онейрологічні переживання, маячні ідеї, агресивність).

## Абстинентний синдром

Хоча при даному типі наркоманії немає виражених проявів фізичної залежності, але при різкому припиненні прийому виникає досить чергова абстиненція. Відзначається депресія, дратівливість, тривожність, стомлення, безсоння або надмірна сонливість, психомоторна ажитація. Абстинентний синдром зазвичай досягає максимуму через 2-4 дня. Найбільш характерним і небезпечним синдромом є депресія, іноді з суїцидами, яка найбільш виражена через 48 годин після останнього прийому амфетаміну, але може утримуватися протягом декількох тижнів. Позбавлення стимуляторів може призвести до психозу, маніфестує розладами сну, потьмарення свідомості і руховим збудженням; в деяких випадках переважають маревні ідеї відносини і переслідування, галюцинаторні переживання.

## *Диференційно-діагностичні критерії зловживання парами розчинників*

### Наркотичне сп'яніння

Для досягнення наркотичного сп'яніння наркомани використовують кілька способів:

1. змочені в розчиннику хустку, ганчірку або внутрішню поверхню шапки, прикладають до носа або рота для здійснення дихання через них, при цьому уникаючи прямого контакту зі слизовою щоб уникнути опіку;

2. поліетиленовий пакет з перебуваючому в ньому розчинником або клеєм щільно прикладається до рота з метою вдихання їх парів (даний спосіб набув поширення після того, як почастишали випадки смертей від передозування і асфіксії після надягання пакета з інгалянтном на голову).

3. на поголену частину шкіри в області вени прикладається змочена в розчиннику тканину, яка прикривається поліетиленовою плівкою, поверх якої надягають головний убір.

Соматовегетативні і неврологічні ознаки:

Початкова фаза сп'яніння проявляється вегетативною симптоматикою: тахікардією, нудотою, запамороченням, гіперемією шкіри.

Ознаки психічних порушень можна розділити відповідно до трьох ступенів сп'яніння:

Ейфорія зазвичай виражена дуже яскраво, супроводжується гучним (жарг: "безглуздий регіт"; "хохотунчик"). Вегетативні явища в цей період виражені помірно.

Візуалізація уявлень ("про що подумаю, то й побачу") настає слідом за ейфорією. Виникають порушення слухового сприйняття (голоси оточуючих стають "писклявими", "неприродно тонкими і високими", пізніше приєднуються зорові кольорові ілюзії і Ейдетично переживання (жарг: "зловити глюки").

На відміну від справжніх галюцинацій, все "ведення" довільно викликані. Існуючий ейфорійний фон визначає зміст уявлень, що відображає фантазії, переживання і спогади підлітка. На тлі наркотичного сп'яніння переважають картини пригодницько-авантюрного жанру, батальних сцен, бійок або сексуальні фантазії (на сленгу підлітків - "дивитися стриптиз"). Випробувані відчуття надовго фіксуються в пам'яті, якими охоче діляться з приятелями, уникаючи висвітлення сексуальних переживань. Іноді під час групової інгаляції обмінюються враженнями, індукуючи один одного. Характерною є спосіб токсикоманів довільно переривати "бачення" (наприклад, в разі появи сторонніх осіб) після чого відновлювати їх з того сюжету на якому вони були перервані.

Онейроид розвивається при більш тривалих інгаляціях, як правило в осіб з тривалим стажем токсикоманії. Зазвичай підліток починає фантазувати на будь-яку тему, а далі перед ним розгортається яскраві сценopodobні картини, що нагадують захоплюючий фільм. Відчуття довільності втрачається. З'являється також легке оглушення, але, незважаючи на можливість відволіктися від навколишнього, свідомість того, що ці переживання викликані, а не реальні, зберігається.

Для вживання інгалянтів підлітки вибирають відокремлені безлюдні місця, де, як правило, годинами захоплені подібними баченнями. Подихавши кілька хвилин, інгаляцію переривають, але ще протягом 5-20 хвилин можуть тривати візуалізовані уявлення. Потім інгаляцію можуть повторювати. Найчастіше зловживання інгалянтами буває груповим. Розміри групи як правило від 2-х до 5-ти підлітків. Група формується за місцем проживання (наприклад, багатоквартирний будинок, мікрорайон у місті) або за місцем навчання. Більшість починають зловживати в молодшому або середньому підлітковому віці (12-14 років), іноді навіть ще в 9-11 років. Згодом велика частина припиняють інгаляції. Деякі з них переходять до зловживання алкоголем або іншими токсичними речовинами. До вживання інгалянтів

більш схильні підлітки чоловічої статі. Віддалений катамнез свідчить, що у тих, хто в підлітковому віці зловживав інгалянтами, в подальшому мають високий ризик злякисного перебігу хронічного алкоголізму з швидким розвитком психічної і фізичної залежності від алкоголю.

При ослабленні сп'яніння, зменшенні ступеня оглушення, припинення видінь, токсикомани зазвичай "додають дозу" вдихуваного речовини. Якщо ж в ці моменти їм хтось заважає то вони, як правило, проявляє агресію.

Протверезіння на стадіях ейфорії і візуалізації уявлень при припиненні інгаляцій відбувається досить швидко - від декількох хвилин до півгодини. Неприємні відчуття у вигляді головного болю, нудоти, запаморочення згодом мінімальні, а після легких сп'янінь можуть бути зовсім відсутніми. Слідом за онейроїдом зазвичай наступають астенія, млявість, апатія, іноді легка депресія з дисфорічним відтінком .

### **Клініка, профілактика та лікування тютюнопаління.**

#### **Історія нікотинізму.**

Найменування «нікотин» походить від латинської назви тютюну *Nicotiana tabacum*, яке, в свою чергу, придумано в честь Жана Ніко - посла Франції при португальському дворі, який в 1560 році відправив трохи тютюну королеві Катерині Медичі, порекомендувавши його як засіб лікування від мігрені. Нікотин був здавна відомий в неочищеному вигляді.

Перша згадка про «масло тютюну» належить французькому алхімікові Жаку Гоор, наступнику Парацельса, який старанно шукав можливість вивчити рослини, привезені з Америки. В його роботі «Instruction sur l'herbe retum» (1572) знаходиться перший опис перегонки листа тютюну. «Масло тютюну», яке згадується в джерелах XVII і XVIII століття як зовнішній засіб для лікування хвороб шкіри, в той час отримували саме таким способом. Детальний опис отримання нікотину з листа тютюну виявлено в книзі «Traité de la chymie» (1660) іншого французького хіміка Ніколя Лефевра . Як



ілюстрацію принципу поділу речовин і через медичну значущість він детально описує процес, який є по суті перегонкою з водяною парою. В результаті цього процесу випаровується вода, яка забирає з парою нікотин і в колбі-приймачі утворюється два шари: водний і органічний. Органічний шар відокремлювали, очищали і використовували для боротьби з астмою, запаленням селезінки і епілепсію

У 1809 році французький хімік-аналітик Луї Ніколя Воклен опублікував роботу, присвячену ретельному аналізу виргинського тютюну. В рамках цієї роботи Воклен зміг виділити достатньо чистий зразок нікотину, а також виділив яблучну кислоту, з якою нікотин пов'язаний в тютюні. Незважаючи на відмінну аналітичну роботу, Воклена не вважають першовідкривачем нікотину, оскільки він не розпізнав у нікотині алкалоїд, а вважав, що основні властивості речовини пов'язані з домішкою аміаку, в той час як алкалоїди самі є підставами .

Нікотин був відкритий німецькими хіміками Крістіаном Вільгельмом Посселт і Карлом Людвігом Райманном. В 1828 році вони представили роботу, присвячену активному аналізу тютюну, і виграли щорічний приз Гейдельберзького університету за кращу роботу. Дослідження Посселт і Райманна було піддано критиці, оскільки багато хіміків відмовлялися вірити, що алкалоїд може бути рідиною, проте спеціально створена комісія перевірила і підтвердила отримані результати.

У 1843 році Луї Мельсеном була знайдена емпірична формула нікотину. Структура нікотину широко обговорювалася протягом 80-х - початку 90-х років XIX століття, і в 1893 році вона була встановлена німецьким хіміком Адольфом Піннера. Для підтвердження структури був потрібний синтез даної речовини: він був реалізований Амі Пикте в 1904 році. У серії статей Пикте опублікував не тільки метод отримання синтетичного нікотину, ідентичного природному, але також і двох продуктів його окислення - нікотіріна і дігідронікотіріна. На жаль, деякі стадії синтезу протікали в дуже жорстких

умовах, що могло дати привід засумніватися в цінності синтезу Пикте, як методу підтвердження структури. Проте, більш пізній синтез (1928), проведений в м'яких умовах, підтвердив правильність встановленої формули.

### **Фізичні та хімічні властивості нікотину. Фармакокінетика, фармакодинаміка**

Нікотин є гігроскопічна масляниста рідина з гірким смаком, легко змішується з водою в основній формі. Щільність нікотину майже дорівнює щільності води (1,01 г / см<sup>3</sup>). Молекула нікотину складається з пиридинового і пірролідінової циклів. Пірролідінової цикл приймає конформацію «конверт» з транс-розташуванням пиридинового циклу і N-метильної групи . Будучи підставою (рKa пірролідину = 8,02, рKa піридину = 3,12), нікотин при реакції з кислотами утворює солі (зазвичай, тверді і водорозчинні). Сорбція нікотину через біологічні мембрани залежить від рН і для слизових оболонок прискорюється при високих значеннях рН, коли молекула нікотину не має заряду. Нікотин малополярний і добре розчинний в середовищах з низькою полярністю, тому він добре всмоктується через шкіру і проникає в тканини мозку через гематоенцефалічний бар'єр. Нікотин легко окислюється до нетоксичної нікотинової кислоти (вітамін РР) - пірролідінової цикл замінюється карбоксильною групою. Як тільки нікотин потрапляє в організм, він швидко поширюється по крові і може долати гематоенцефалічний бар'єр.

В середньому досить 7 секунд після вдихання тютюнового диму, щоб нікотин досяг мозку. Період напіввиведення нікотину з організму становить близько двох годин . Нікотин, що вдихається з тютюновим димом при палінні, становить малу частку нікотину, що міститься в тютюнових листах (велика частина речовини згорає).

Кількість нікотину, що абсорбується організмом при палінні, залежить від безлічі факторів, включаючи вид тютюну, від того, вдихається чи весь дим і чи використовується фільтр. У випадку з жувальним і нюхальним тютюном, які поміщаються в рот і жують або вдихаються через ніс, кількість

нікотину, що потрапляє в організм, набагато більше, ніж при курінні тютюну. Нікотин метаболізується в печінці за допомогою ферментацітохрома P450 (в основному, CYP2A6, а також CYP2B6). Основний метаболіт - котинін.

Нікотин діє на нікотинові ацетилхолінові рецептори: **протонований** атом азоту пірролідінової циклу в нікотині імітує четвертинний атом азоту в ацетилхоліну, а атом азоту піридину має характер підстави Льюїса, як ікіслород кетогрупи ацетилхоліну . У низьких концентраціях він збільшує активність цих рецепторів, що, серед іншого, веде до збільшення кількості стимулюючого гормону адреналіну (епінефрину). Викид адреналіну призводить до прискорення серцебиття, підвищення артеріального тиску і почастішання дихання, а також до більшого рівня глюкози в крові.

Симпатична нервова система, діючи через черевні нерви на мозкову речовину наднирників, стимулює викид адреналіну. Ацетилхолін, що виробляється прегангліонарними симпатичними волокнами цих нервів, діє на нікотинові ацетилхолінові рецептори, викликаючи деполяризацію клітин і приплив кальцію через потенціалозалежні кальцієві канали. Кальцій запускає екзоцитоз хромафінних гранул, тим самим сприяючи викиду адреналіну (та норадреналіну) в кров.

Котинін - це побічний продукт засвоєння нікотину, який залишається в крові до 48 годин і може бути використаний як індикатор того, чи схильна людина до паління. У високих дозах нікотин призводить до блокування нікотинового ацетилхолінового рецептору, що є причиною токсичності нікотину і його ефективності як інсектициду. Крім усього іншого, нікотин збільшує рівень дофаміну в шляхах центрів задоволення в мозку. Було виявлено, що куріння тютюну подавляє моноаміноксидазу - фермент, який відповідає за розщеплення моноамінів нейромедіаторів (наприклад, дофаміну) в мозку. Вважається, що сам нікотин придушує вироблення моноаміноксидази, за це відповідають інші компоненти тютюнового диму. Підвищений вміст дофаміну збуджує центри задоволення мозку, ці ж центри

мозку відповідають за «больовий поріг організму», тому питання про те, чи отримує людина, що палить задоволення, залишається відкритим.

Незважаючи на сильну токсичність, при вживанні в малих дозах (напр. при тютюнопалінні) нікотин діє як психостимулятор.

Нікотиновий вплив на настрій проявляється по-різному. Викликаючи викид глюкози з печінки і адреналіну (епінефрину), з мозкової речовини надниркової залози, він викликає збудження. З суб'єктивної точки зору це проявляється відчуттями розслабленості, спокої і жвавості, а також помірно-ейфоричним станом. Вживання нікотину призводить до зниження маси тіла, зменшуючи апетит в результаті стимуляції їм ПОМК-нейронів

Проблема тютюнопаління і тютюнової залежності є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я і всього суспільства в цілому. Важливість її, в першу чергу, обумовлена добре вивченим шкідливим впливом тютюнопаління на здоров'я, а також надзвичайно широкою поширеністю куріння серед населення.

Тютюнова залежність, як клінічна різновидність інгаляційної токсикоманії, маючи популяційний характер, охопила і однаково торкнулася як чоловіків, так і жінок, дітей, підлітків і людей похилого віку, багатих і бідних, які працюють і безробітних, осіб розумово та фізичної праці, державних діячів і людей малих посад, віруючих і невіруючих, тобто всіх соціальних, професійних та національних **принад.**

Встановлені і з достовірністю доведені соматоневрологічні наслідки (ускладнення) хронічної нікотинової інтоксикації тепер реєструють також і у тих некурящих, які знаходяться в постійному контакті з курцями. У зв'язку з цим, з'являється все більше наукових даних про **тригерну систему у** формуванні нікотинізму у дітей, підлітків, юнаків, як пасивних курців. Спеціалістами доведено що зменшення тривалості життя людей в Україні, поряд з іншими причинами і факторами, суттєво залежить від масового табакокуріння, що представляє собою реальну загрозу здоров'ю нації і є, таким чином, соціально небезпечним.

В іонізованому стані нікотин схожий з нейромедіатором ацетилхолином і здатний безпосередньо взаємодіяти з ацетілхолінергічними рецепторами. Тривале куріння призводить до значних розладів діяльності холінергічної системи. Відмова від куріння призводить до кількісного дисбалансу між медіатором і рецепторами. Починається процес ренейроадаптації, що характеризується надмірною кількістю рецепторів, гіперхолінергічною активністю і виявляється клінічно синдромом відміни.

Необхідно знати ознаки синдрому відміни і частоту їх виникнення: тривога (87%), розлади сну (84%), дратівливість (80%), депресія (78%), нетерплячість (76%), труднощі концентрації (73%), непосидючість (71%), голод (53%), шлунково-кишкові проблеми (33%), головний біль (24%), сонливість (22%).

Ці симптоми в поєднанні з непереборним бажанням палити є основними чинниками, що перешкоджають відмові від куріння.

У наукових і популярних публікаціях називаються різні причини тютюнової пандемії: «мода», «повсякденні побутові труднощі перехідного періоду», «масовий **фрустраційний стан**», «соціально-зумовленні депресії», «активна реклама тютюнових виробів», «достаток сигарет», «зацікавленість виробників тютюну і пошук ринку їх збуту», «вигідність тютюнового бізнесу», «величезний імпорт», «тютюнове свавілля» і т.д. Згубну роль зіграла реклама «нешкідливих», «слабких», «безнікотинових жіночих сигарет», а також надумані концепції «аристократизму курців сигарет», «жіночої емансипації». В даний час сигарети рекламуються всюди: на вулицях міста, в метро, газетах та інших засобах масової інформації. Становить серйозну загрозу і той факт, що тютюнопаління все частіше супроводжує паління марихуани (коноплі, гашишу).

### **Медичні аспекти тютюнопаління.**

В процесі паління у курців поступово формується захворювання нікотинізмом, яке має свої клінічні особливості, динаміку розвитку, стадії, соматичні, неврологічні та психопатологічні ускладнення.

Вивченням медичних аспектів тютюнової залежності займається відносно молода галузь медичної науки-наркологія. Пристрасть до куріння тютюну, з точки зору даної клінічної дисципліни, є ні чим іншим, як однієї з нозологічних одиниць - різновідністю токсикоманії ( «нікотинова токсикоманія», «нікотинова залежність», «нікотинізм», «табакокуріння», «**табакізм**», «тютюнова залежність»).

У сукупності синдромологічної структури нікотинізму можна знайти все те, що характерно для будь-якої з відомих токсикоманій, незалежно від способу введення токсичної речовини (бензинової, ефедринової, кофеїнової, лікарської і т. п.), а також і для інших наркологічних захворювань - алкоголізму, наркоманії, узагальнює загальним терміном «наркотизм». Різниця лише в тому, що при курінні в якості психоактивної речовини, до якої сформувався хворобливий потяг і хронічна залежність, тут виступає нікотин.

Споживання тютюну значно впливає на стан здоров'я людини в тютюновому димі міститься близько 4000 хімічних компонентів, які можуть бути розділені на наступні групи:

- \* Нікотин;
- \* Смоли;
- \* Монооксид вуглецю;
- \* Дратівливі речовини

Паління сигарети чинить негайний вплив на організм людини і довгострокові ефекти.

*Негативний вплив:* є наслідком прямої **нікотиніндуцірованої вазоконстрикції** і збільшення рівня адреналіну в крові та проявляється збільшенням частоти серцевих скорочень на 30% і артеріального тиску на 5-

10 мм рт. ст., уповільненням периферичного кровообігу, що призводить до зниження температури кистів рук, стоп і пальців.

*Довгострокові медичні ефекти* пов'язані з іншими компонентами тютюнового диму: смоли, що містять 43 канцерогену і коканцерогени, призводять до злякисних захворювань; окис вуглецю і окисні гази сприяють розвитку серцево-судинних захворювань; подразнюючі речовини та ціаністий водень обумовлюють розвиток бронхіту і емфіземи. Нікотин, як такий, не вносить істотного внеску в медичні наслідки куріння, що включають розвиток захворювань, однак, з ним пов'язано розвиток залежності від нікотину, що підтримує споживання тютюну і перешкоджає відмові від куріння.

Смертність від серцево-судинних захворювань серед курців в 2 рази вище, ніж серед **некурящих**. Куріння на 30-40% обумовлює смертність від ішемічної хвороби серця. Несмертельний інфаркт міокарду у чоловіків, які палять віку 30-49 років розвивається в 5 разів, в 50-59 років - в 3 рази, в 60-79 років - в 2 рази частіше, ніж у їх некурящих однолітків. У жінок, що палять та приймають оральні контрацептиви, ризик розвитку мозкового інсульту в 20 разів вище, ніж у некурящих.

Курінням обумовлені 30% всіх випадків смерті від онкологічних захворювань, тютюнопаління є причиною 90% всіх випадків захворювань на рак легенів. Зростання поширеності куріння серед жінок призвело до того, що в деяких країнах рак легенів, як провідна причина смерті від онкологічних захворювань у жінок, обігнав рак грудей. Тютюнопаління істотно збільшує ризик розвитку та інших форм раку: порожнини рота, глотки, гортані, стравоходу, підшлункової залози, нирок, сечового міхура, шийки матки. У курців в 5-8 разів частіше розвиваються хронічні обструктивні захворювання. Куріння жінок під час вагітності призводить не тільки до збільшення частоти ускладнень вагітності і випадків внутрішньоутробної смерті плода, зростання ризику викидів і зниження маси тіла новонароджених, а й позначається на здоров'ї дитини протягом перших

7-9 років життя, висловлюючись в відставанні психічного і фізичного розвитку. Кумулятивну дію хронічної тютюнової інтоксикації є зменшення очікуваної тривалості життя: 35-річна жінка, яка курить проживе на 5 років менше, а 35-річний курець чоловік - на 7 років, ніж їх некурящі однолітки.

#### Стадії нікотинізму.

Узагальнюючи наведені вище клінічні особливості формування нікотинізму, можна в схематичному вигляді виділити наступні основні стадії цього захворювання.

*Початкова стадія нікотинізму.* Куріння носить систематичний характер, число вживаних сигарет постійно зростає. З'являється відчуття, що куріння підвищує працездатність, поліпшує самопочуття, призводить курця в стан комфорту. На цій стадії захворювання ще не визначаються явища психічної і фізичної залежності, відсутні признаки, соматичних, неврологічних або психічних змін. Тривалість цієї стадії коливається в межах 3-5 років.

*Хронічна стадія нікотинізму.* Толерантність досягає 20-30 і більше сигарет на день, вживання таких доз нікотину стає стійким. З'являється нав'язливе бажання закурити при будь-якій зміні зовнішньої ситуації, після незначного фізичного або інтелектуального навантаження, при появі нового співбесідника, зміні теми розмови і т. п. З'являються виразні ознаки фізичної та психічної залежності, симптоми нікотинової абстиненції. Це проявляється у вигляді ранкового кашлю, неприємних відчуттів в області серця, коливання артеріального тиску, явищах печії, нудоти, відчуття загального дискомфорту, зниженого настрою, порушення сну, підвищеній дратівливості, зниженням працездатності, постійного і стійкого бажання продовжувати куріння, в тому числі і вночі.

Тривалість цієї стадії нікотинізму в цілому індивідуальна, і в середньому може скласти від 5 до 15 і більше років.



*Пізня стадія.* Куріння стає автоматичним, курець фактично курить безупинно, безладно і безпричинно, «спить з сигаретою». Вид і сорт сигарет вже не має ніякого значення, явище внутрішнього і зовнішнього комфорту при палінні відсутнє, або навпаки посилюється. Курець відзначає наявність постійного відчуття тяжкості в голові, головний біль, зниження і втрати апетиту, погіршення пам'яті, працездатності. Такі курці стають млявими, апатичними, дративливими, **афектуючими**.

Наростають і посилюються явища соматичного і неврологічного неблагополуччя. Чітко виражені симптоми хронічного бронхіту і патології з боку шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, центральної нервової системи, які мають місце практично у кожного курця. Шкірні покриви курця і видимі слизові набувають специфічний жовтяничний відтінок.

Стадії никотинізму розвиваються суто індивідуально і залежать від багатьох причин - часу початку вживання сигарет, їх види і сорти, віку, статі, стану здоров'я, індивідуальної **переносимості** і стійкості до нікотинової інтоксикації. Незважаючи на велику роль спеціалізованих установ і кабінетів, які використовують методи голкорексфлексотерапії, психотерапії, нейролінгвістичне програмування, досвід країн, які успішно проводять боротьбу з курінням, доводить, що основний внесок у відмову від куріння вносять медичні працівники первинної ланки охорони здоров'я.

Лікарі, фельдшери, медичні сестри, перебуваючи на передовій лінії, можуть допомогти своїм пацієнтам, задаючи два ключових питання:

1. Ви **палите**?
2. Ви хочете відмовитися від куріння?

Установи первинної медико-санітарної допомоги є оптимальним місцем для виявленні активних курців, формування мотивації відмови від куріння і надання необхідної медичної допомоги. Це пов'язано з тим, що їх відвідує більшість населення: вони доступні і знайомі, поради медичного персоналу, який користується авторитетом, виконуються, а інформованість лікаря про

здоров'я пацієнта або членів його сім'ї дозволяє персоніфікувати рекомендації щодо відмови від куріння.

Відомо, що 2% пацієнтів припиняють курити вже після першої кваліфікованої медичної консультації. У поєднанні з призначенням препаратів, що сприяють формуванню готовності до відмови від куріння і запобігають появі або зменшують вираженість клінічних проявів синдрому відміни, частка пацієнтів, які відмовилися від куріння, збільшується до 5-8%. Ці незначні, на перший погляд, відсотки означають, що тисячі людей відмовляться від сигарети.

Тому в рекомендаціях ВООЗ (1999) підкреслюється, що:

- \* Кожен медичний працівник несе відповідальність в боротьбі з епідемією куріння;
- Існують методи, що дозволяють медичним працівникам первинної ланки охорони здоров'я надавати допомогу пацієнтам;
- \* Припинення куріння - не тільки питання профілактики; його потрібно розглядати як одне з призначень пацієнту при лікуванні різних захворювань і реабілітації;
- \* Медичні працівники повинні бути прикладом для пацієнтів у відмові від куріння.

Працівники первинних служб охорони здоров'я, мотивуючи курців до відмови від куріння і допомагаючи їм в цьому, особливу увагу повинні приділяти:

- підліткам;
- вагітним жінкам і жінкам, які мають намір мати дітей;
- людям, в родині яких є новонароджені і маленькі діти;
- людям з підвищеним артеріальним тиском і рівнем холестерину в крові, серцево-судинними захворюваннями, хворобами периферичних артерій і органів дихання, тим, кому знадобиться операція.

Медичні працівники первинної ланки охорони здоров'я, в повній мірі усвідомлюючи ступінь своєї значущості в боротьбі з курінням, повинні

спрямувати зусилля на усунення 3-х основних перешкод у відмові від куріння:

- \* Недостатня інформованість населення і кожного пацієнта про наслідки куріння;
- \* Відсутність особистої мотивації на відмову від куріння;
- \* Сформувалася нікотинова залежність.

### **Питання профілактики та лікування тютюнопаління.**

Важливим компонентом лікування тютюнопаління до нікотинової залежності є виявлення **кращих**. Медики первинної ланки охорони здоров'я повинні:

- \* Розпитувати всіх пацієнтів про їхні звички щодо куріння;
- \* Вносити в амбулаторну карту відомості, що включають інформацію про те, є пацієнт курцем чи ні;
- \* Радити всім курцям кинути палити;
- \* Допомогати пацієнтам, готовим відмовитися від куріння, в складанні плану відвикання від цієї звички;
- \* Оцінювати ступінь нікотинової залежності;
- \* Пропонувати фармакотерапію при необхідності, детально інформуючи пацієнта про її правильне застосування;
- \* Забезпечувати постійний контроль за тими, що кидають палити, а в разі відновлення куріння, переконувати в тому, щоб пацієнт спробував знову відмовитися від куріння;
- \* За бажанням пацієнта направляти його в спеціалізовані установи для проходження спеціалізованого професійного лікування.

До об'єктивних тестів відносять визначення маркерів тютюнового диму: тіоціонату в крові, рівень СО у видихуваному повітрі, концентрація нікотину, котинину або інших метаболітів в крові, сечі або слині. Найчастіше використовують тест Фагерстрема.

## ТЕСТ Фагерстрема

(The Fagerstrom Tolerance Questionnaire, 1989)

1. Коли Ви закурюєте першу сигарету після пробудження?

протягом 5 хвилин -3 бали

від 6 до 30 хвилин -2 бали

від 31 до 60 хвилин - 1 бал

більш ніж через 60 хвилин -0 балів

2. Чи важко Вам утримуватися від куріння в заборонених місцях?

да -1 бал

ні -0 балів

3. Від якої сигарети найважче утриматися?

від ранкової -1 бал

від подальшої -0 балів

4. Скільки сигарет в день Ви викурюєте?

10 або менше -0 балів

від 11 до 20 -1 бал

від 21 до 30 -2 бали

більше 30 -3 бали

5. Ви більше курите вранці або протягом дня?

вранці - 1 бал

протягом дня -0 балів

6. Чи палите Ви під час хвороби, коли повинні дотримуватися постільного режиму?

да -1 бал

ні-0 балів

Ступінь залежності оцінюється в балах від 0 до 10:

**1-2 бали - початковий рівень залежності.** Консультація нарколога: інформаційно-мотиваційні заняття, індивідуально особистісна психотерапія, Медікоментозна корекція малими транквілізаторами, гомеопатичними препаратами, фітотерапія;

**3-4 бали - помірно-середній рівень залежності.** Консультація нарколога, психолога, терапевта. Фармакотерапія: седативна, загальнозміцнююча терапія, суггестивная терапія **на яву**, інформаційно-мотиваційні заняття в групах (гіпнотарії), голкорексфлексотерапія за курацією лікаря-нарколога та психолога:

**5-6 балів - середній рівень залежності.** Лікування в стаціонарі денного перебування. Консультації нарколога, терапевта, пульмонолога, психолога. Фармакотерапія: використання препаратів заміщення нікотину (нікоретте, гамібазін, нікотрол - за схемою, лобесил, анабазин, табекс). Гомеопатичні препарати - Табакум Плюс. Нетрадиційна терапія - аероіонотерапія в умовах гіпнотарію, **емоційно-стресова сугестія**, внутрішньовенна лазерна терапія, електроакупунктура;

**6-10 балів - високий рівень залежності.** Необхідно стаціонарне лікування, консультація нарколога, терапевта, кардіолога, пульмонолога, фтизіатра, психолога. Детоксикаційна терапія, седативна, симптоматична, загальнозміцнююча, замісна терапія. Нетрадиційна терапія: фітотерапія, аероіонотерапія, ІРТ, магнітно-лазерна терапія, ароматерапія, гіпнотерапія.

Для швидкої перевірки залежності можна задати пацієнту 3 питання, які потребують відповіді «так» або «ні»:

1. палите Ви більше 20 сигарет в день?
2. палите Ви протягом першої півгодини після пробудження?
3. Чи відчували Ви сильну тягу до паління або симптоми відміни під час попередньої спроби кинути палити?

Позитивна відповідь на ці 3 питання свідчить про високу залежність від нікотину. Про це ж дозволяє судити індекс кращої людини: кількість сигарет, що викурюються за добу, множиться на 12 (число місяців в році) Якщо

індекс перевищує 200, висока ймовірність залежності від нікотину. (Індекс кращої людини: кількість сигарет / день \* 12).

Всі наявні в арсеналі лікаря - нарколога методи лікування нікотинізму можна згрупувати в такі розділи: а) поведінкова терапія; б) замісна терапія; в) медикаментозна терапія; г) немедикаментозна терапія.

*До поведінкової терапії* можна віднести досвід ряду країн з вироблення установок і поведінкових форм на підтримку здорового способу життя (заняття фізкультурою і спортом, раціональне харчування, оптимальне чередування праці та відпочинку, виключення шкідливих звичок). Проведені в цьому напрямку дослідження показали, що боротьба з курінням більш ефективна в тих випадках, коли ведуться не «лобові атаки на тютюнопаління», а популяризується здоровий спосіб життя і активні форми відпочинку, тобто в тих випадках, коли припинення куріння стає життєво важливою потребою людини. Таку роботу рекомендується проводити в навчальних закладах, клініках, на телебаченні і радіо, у друкованих засобах масової інформації.

*В якості замісної терапії* при нікотинізмі широко застосовуються спеціальні препарати та аплікаційні плівки, що містять нікотин (гамібазін, нікотрол, нікоротте). При використанні цих методів лікування знижується потреба в звичному добовому кількості викурених сигарет, а у випадках одномоментного припинення куріння пом'якшуються симптоми, пов'язані з позбавленням нікотину.

Курс замісної терапії тривалий (2-3 місяці), і в цілому проблему відвикання від тютюнопаління не вирішує. Крім цього, проблематично застосування нікотиновмісної жувальної гумки і наклейок при таких протипоказаннях як: інфаркт міокарду, аритмії, кардіалгії, високий артеріальний тиск, гіперфункція щитовидної залози, інсуліно-залежні форми цукрового діабету, ниркові і печінкові захворювання. У в клініці нікотинізму рекомендується призначення вітамінотерапії, транквілізаторів,

анальгетиків, серцевих препаратів. В останні роки в лікуванні тютюнопаління все частіше стали використовувати рефлексотерапію та її модифікації. Широке застосування отримала електрорефлексотерапія нікотинізму. Дослідження, проведені в цьому напрямку показали, що ці методи багато в чому перевершують традиційну медикаментозну терапію. Разом з тим, віддалені результати спостереження показують, що стійких стабільних ремісій вдається досягти тільки в 50% випадків. Все це спонукає шукати нові підходи до рішення даної проблеми.

Відомо, що припинення куріння призводить до швидкої гормональної медіаторної дисоціації, що оказує помітний вплив на стан фізичного і психічного комфорту людини. Застосування модифікацій рефлексотерапії супроводжується нормалізацією функціонального стану симпатoadреналової системи. Слід очікувати, що використання лазерних методів, впливу, що володіють потужною биостимулюючою і нормалізуючою дією, сприятиме швидкому востановленню гормонально-медіаторних дисфункцій при лікуванні нікотинізму.

З наведеного вище переліку засобів і методів лікування тютюнової залежності впливає ряд моментів, важливих для розробки медичного розділу національної програми боротьби з курінням:

- а) лікування тютюнової залежності вимагає спеціальних знань і навичок і має бути зосереджено в рамках клінічної дисципліни - наркології;
- б) до реалізації окремих розділів лікувальних програм припинення куріння (наприклад, поведінкова терапія) лікарі-наркологи можуть залучати фахівців-немедиків (психологи, соціологи, педагоги, нейрофізіологи і ін.);
- в) лікування соматичних наслідків тютюнопаління є міждисциплінарною клініко-терапевтичною проблемою, рішення якої має здійснюватися шляхом інтеграції з наркологією різних клінічних спеціальностей (кардіологія, онкологія, пульмонологія, токсикологія та ін.);
- г) медичний розділ національної програми боротьби з курінням пов'язаний з необхідністю створення в структурі медичної служби центрів по

амбулаторному лікуванню тютюнової залежності, пунктів детоксикації, стаціонарних ліжок для лікування важких форм тютюнової залежності.

### **Перелік питань для самопідготовки.**

1. Історичні аспекти вживання психоактивних речовин.
2. Сучасний стан наркології як прикладної науки.
3. Медико-соціальні аспекти зловживання хімічними речовинами.
4. Організація наркологічної допомоги в Україні.
5. Сучасні погляди щодо формування патологічної залежності від психоактивних речовин, роль біологічного та психологічного.
6. Етіопатогенетичні аспекти розвитку наркоманій.
7. Біопсихосоціальна модель розвитку залежностей.
8. Визначення понять “психоактивна речовина”, “наркотична речовина”.
9. Визначення понять: “вживання”, “зловживання”, “залежність”.
10. Медичний, соціальний та юридичний критерії поняття “наркоманія”.
11. Соціальний аспект проблеми алкоголізму та наркоманії.
12. Поняття про епідеміологічно значущі види залежностей.
13. Основні концепції розвитку наркотичної залежності (генетичні, поведінкові, психологічні).
14. Клінічна характеристика залежностей в цілому (клініка, симптоми, синдроми, стадії, перебіг, діагностика, медикаментозне і немедикаментозне лікування, реабілітація).
15. Синдром зміненої реактивності.
16. Синдром психічної залежності.
17. Синдром фізичної залежності.
18. Великий наркоманічний синдром.
19. Основні прояви абстинентного синдрому.
20. Клінічні стадії розвитку залежностей.



21. Загальний перебіг наркологічних захворювань: гостра інтоксикація, зловживання, синдром залежності, стан абстиненції, ускладнення.
22. Медико-психологічні стадії розвитку залежностей.
23. Поняття відставленого абстинентного синдрому та його значення в реабілітації наркозалежних хворих.
24. Загальна характеристика психічних розладів внаслідок вживання наркотичних речовин.
25. Загальні особливості клінічного обстеження хворих із залежністю від психоактивних речовин.
26. Роль лабораторних методів обстеження в наркології.
27. Роль фармакотерапії в лікуванні хімічно залежних осіб.
28. Роль осьового клінічного синдрому залежності, патологічного потягу до психоактивних речовин.
29. Алкоголізм (клініка, діагностика, перебіг, стадії, реабілітація).
30. Опійна наркоманія (клініка, діагностика, перебіг, стадії, реабілітація).
31. Основні клінічні прояви опійної залежності.
32. Загальні клінічні ознаки залежності від психостимуляторів.
33. Політоксикоманії та інші види хімічної залежності.
34. Загальна характеристика гашишної залежності, кокаїнової залежності, вживання стимуляторів.
35. Загальна характеристика нікотинізму.
36. Обтяження хімічних залежностей соматичними видами захворювань, ВІЛ та СНІДом.
37. Особливості лікування та реабілітації хімічно залежних осіб з обтяженням соматичними видами захворювань, ВІЛ та СНІДом.
38. Застосування програм зменшення шкоди при поєднанні опійної наркоманії та ВІЛ (СНІДу).
39. Вікові, статеві та гендерні аспекти формування залежностей.
40. Особливості формування та перебігу залежності у жінок та їх терапія.

41. Особливості формування та перебігу залежності у дитячому й ранньому підлітковому віці.
42. Особливості формування та перебігу залежності у середньому та похилому віці.
43. Поняття психологічного дефіциту при залежностях.
44. Клінічна класифікація різних видів залежностей. МКХ-10.
45. Положення хімічних та нехімічних залежностей у МКХ-10.
46. Критерії клінічної діагностики хімічної залежності.
47. Нехімічні залежності та їх види.
48. Діагностика зловживання наркотичними речовинами. МКХ-10.
49. Методи патопсихологічної та клінічної діагностики наркотичної залежності та залежної поведінки.
50. Приховані ознаки встановлення вживання індивідом психоактивних речовин.
51. Експертиза алкогольного і наркотичного сп'яніння: показання, нормативно-правове обґрунтування.
52. Правовий аспект здійснення експертизи алкогольного та наркотичного сп'яніння.
53. Використання лабораторних досліджень для здійснення експертизи сп'яніння.
54. Порядок направлення та показання для здійснення судово-наркологічної експертизи.
55. Процедура призначення хворим на алкоголізм та наркоманію примусових заходів медичного характеру.
56. Патопсихологічні порушення при наркоманіях.
57. Патопсихологічні порушення при алкоголізмі.
58. Особливості медико-психологічних порушень при алкоголізмі.
59. Особливості медико-психологічних змін при опійній наркоманії.
60. Роль і функції емоцій як психічного процесу.
61. Поняття про емоційну регуляцію поведінки.

62. Психологічні механізми формування залежної поведінки.
63. Когнітивні особливості залежних осіб. Поняття про захисні механізми особистості.
64. Стадії залучення до хімічної залежності.
65. Поведінкові патерні при формуванні залежностей.
66. Поняття протинаркотичного бар'єру.
67. Ознаки початку формування залежності.
68. Поняття співзалежності.
69. Поняття про сприяння та несприяння залежності.
70. Класифікація нехімічних видів залежності.
71. Поняття шкоди внаслідок формування нехімічних видів залежності.
72. Поняття поведінкових патернів, характерних для нехімічних видів залежності.
73. Інтернет-залежність як нехімічний вид залежної поведінки. Залежність від комп'ютерних ігор.
74. Залежність від азартних ігор.
75. Загальна характеристика особистісних рис, притаманних особам, схильним до нехімічних видів залежностей.
76. Мішені та рівні психолого-психотерапевтичної дії у комплексній терапії наркологічних хвороб.
77. Медико-психолого-соціальні аспекти лікувально-реабілітаційної допомоги. Основні принципи організації медико-соціальної реабілітації наркологічних хворих.
78. Необхідні умови ефективного функціонування реабілітаційної програми.
79. Мультидисциплінарність (бригадність) соціо-реабілітаційної роботи із залежними.
80. Особливості психолого-психотерапевтичної лікувальної та реабілітаційної роботи з жінками-наркоманами.
81. Значення та організація роботи із співзалежними як чинник комплексної терапії залежних станів.

82. Поняття терапевтичної інтервенції. Залучення до роботи залежного та співзалежних членів родини.
83. Поняття терапії залежностей, її складові. Мета і завдання психотерапевтичних впливів при залежності.
84. Реабілітація хворих на “важкі” види хімічних залежностей — наркоманії.
85. Види реабілітаційних програм, що їх застосовують при хімічних залежностях.
86. Принципи побудови стаціонарного реабілітаційного центру.
87. Когнітивно-поведінкова терапія, її роль у реабілітації наркозалежних.
88. Замісні програми. Програми зменшення шкоди “Harm Reduction”.
89. Рациональна психотерапія: місце і роль у комплексній терапії залежних станів.
90. Сугестивні методи психотерапії (гіпнотерапія, емоційно-стресова терапія, “кодування”, методики черезпредметного навіювання, аутогенна релаксація) у комплексній терапії залежних станів.
91. Поведінкова психотерапія (умовно-рефлекторна, ситуаційний тренінг, психодрама та ін.), місце і роль у комплексній терапії залежних станів.
92. Групова психотерапія в комплексній терапії залежних станів.
93. Психоаналіз та подібні методи в комплексній терапії залежних станів.
94. Сімейна психотерапія залежних станів.
95. Терапія реабілітаційним середовищем.
96. Застосування терапії зайнятості.
97. Духовно-орієнтовані технології роботи з наркозалежними.
98. Правила роботи у психокорекційних групах та умови успішного функціонування психокорекційної групи.
99. Огляд програми “12 кроків”. Психологічний зміст програми “12 кроків”. Капітуляція, ідентифікація, проблема “дна особистості”.
100. Поняття про рецидив хвороби. Заперечення, капітуляція, процес одужання. Захисні механізми особистості.
101. Поняття видів шкоди від вживання хімічних речовин.

102. Психологічні типи поведінки у групі. Врахування їх при організації групової психокорекційної роботи.
103. Активність пацієнта як одна з основних умов, що сприяє подоланню залежності. Способи підвищення мотивації до лікування.
104. Моделі групової поведінки. Процеси групової динаміки. Критерії ефективності групового процесу. Типи лідерів та їх вплив на процеси групової динаміки. Характеристика ефективної групи.
105. Групова психологічна корекція (структура побудови групових занять).
106. Індивідуальна психологічна корекція (індивідуальні завдання для пацієнтів).
107. Концепція самопомоги як способу виходу із залежності. Цілі, завдання роботи груп самопомоги “Анонімні алкоголіки”.
108. Роль груп самопомоги АА .

**ТЕСТИ ТА ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.  
(прикладі до розділів, що присвячені хімічним видам адикцій)**

**Завдання 1 рівня.**

1. Які преморбідні риси особистості сприяють розвитку нервової анорексії?
- A. Гіпертімні .
  - B. Обсесивно-фобічні.
  - C. Шизоїдні .
  - D. Демонстративні .
  - E. Екзальтовані.
- 2.3 чим пов'язаний розвиток комп'ютерної залежності?
- A. Наявність віртуальної реальності.
  - B. Наявність феномену «уявного друга».

- C. Порушення соціальної адаптації.
- D. Розвиток психічної патології.
- E. Високий суїцидальний ризик.

3. Яка основна ознака наркоманічної стадії алкоголізму?

- A. Наявність абстинентного синдрому.
- B. Іntenційний тремор.
- C. Відсутність блювотного рефлексу.
- D. Амнестичні форми сп'яніння.
- E. Низька толерантність до алкоголю.

4. За статистичними даними отруєння якою речовиною є найбільш частою причиною смерті?

- A. Нікотин.
- B. Чадним газом.
- C. Ацетоном.
- D. Алкоголем.
- E. Барбітуратами.

5. Для лікування нервової анорексії хворим був призначений флуоксетин. До якої групи лікарських препаратів відноситься даний засіб?

- A. Транквілізатор.
- B. Антидепресант.
- C. Антипсихотик.
- D. Психостимулятор.
- E. Ноотроп.

## Завдання 2 рівня.

1.Хворий К., 40 років. Зловживає алкоголем 20 років. Неодноразово лікувався в психіатричній лікарні. Через пияцтво втратив роботу, сім'ю. Рік тому намагався зробити суїцидальну спробу. Знаходиться в терапевтичному відділенні з ДЗ: хронічний гепатит, виразкова хвороба 12-ти перстної кишки, хронічний панкреатит. При огляді фон настрою понижений, рухова активність різко обмежена. Висловлює суїцидальні думки. Ваша тактика:

- A. Невідкладна госпіталізація в психіатричний стаціонар.
- B. Планове лікування в наркологічному стаціонарі.
- C. Амбулаторне лікування під наглядом дільничного психіатра.
- D. Планове лікування в терапевтичному відділенні після консультації психіатра.
- E. Амбулаторне лікування під наглядом дільничного нарколога.

2.Хворий 36 років, протягом останніх декількох днів відчував себе вкрай тривожно, ніяк не міг заснути, постійно ходив по кімнатах: здавалося, що в будинку хтось є. Відкривши двері в ванній, чітко розгледів, що біля дверей стоїть людина з сивою бородою в чалмі і довгому східному вбранні. Схопив його, але виявив, що тримає банний халат. Відправився в спальню і у вікна побачив того ж чоловіка, кинувся до нього, але зрозумів, що це штора. Ліг, але не міг заснути. Помітив, що квіти на шпалерах стали опуклими, почали виростати стіни. Визначте стан пацієнта.

- A. Параноїдний синдром, шизофренія.
- B. Афективні ілюзії.
- C. Зоровий галюциноз, інфекційного генезу.
- D. Алкогольний делірій.
- E. Парейдолічні ілюзії, що мають місце в передделіріозному стані, частіше алкогольного походження.

3. Дівчина 16 років спробувала на дискотеці за порадою подружки якусь речовину всередину. Через 1.5 - 2 години з'явилося сильне збудження, з відчуттям жару, пітливістю, слинотечею, почастишанням серцебиття, підвищенням артеріального тиску. Була доставлена в наркодиспансер. Об'єктивно: мідріаз, анізокорія, непереносимість яскравого світла, ритмічне звуження і розширення зіниць, гіперрефлексія. Хвора стверджує, що в кімнаті стало темніше, бачить рухомі потоки різного кольору, якісь сяйва. Фон настрою нестійкий, то ейфорія, то тривога з дисфорією. Визначте наркотик:

- A. Амфетамін
- B. Кокаїн
- C. Фенциклідін
- D. Кетамін
- E. Діетиламід лізергінової кислоти (ЛСД)

4. Хворий А., 30 років, в дитячому віці переніс ЧМТ. З 25 років зловживає алкоголем. Хворів сифілісом, пройшов лікування. На момент огляду вияляється порушення здібності до фіксації подій, дезорієнтація у часі, ретроградна амнезія. Вказує на болі в нижніх кінцівках, труднощі при пересуванні. У лікворі реакція Панді -+++ , РВ в крові (-). Цей стан можна кваліфікувати, як:

- A. Корсаковський психоз.
- B. Віддалені наслідки ЧМТ с Корсаковським синдромом.
- C. Прогресуючий параліч.
- D. Сифіліс мозку.
- E. Алкогольну енцефалопатію.

5. Хворий, 41-го року. З 16 років почав випивати, з 18 років зловживає алкоголем. У віці 20 років сформувався абстинентний синдром,



толерантність – до 1,0 літра горілки, п'є кожного дня. З дружиною не живе, немає постійного місця роботи. Раніше від алкогольної залежності не лікувався. Згоден на лікування бо різко погіршився стан, появилися болі у серці, порушився сон серце, плохо спит. Визначте програму лікування хворого.

- А. Боротьба з явищами абстиненції.
- В. Дезінтоксикаційна терапія.
- С. Боротьба з тягою до алкоголю.
- Д. Підтримуюча терапія для стабілізації ремісії.
- Е. Усе перераховане.

### **Завдання 3 рівня.**

1. Хворий Н., 34 років, доставлений в наркологічний диспансер міліцією з ресторану. За свідченнями свідків випив з приятелями, після розпиття 500 мл. горілки пацієнт раптово став збудженим, агресивним, злим. Напав з кулаками на старого друга, з яким завжди підтримував добрі стосунки. На звернення не реагував, троє чоловіків не могли утримати хворого. Адміністрацією ресторану була викликана міліція.

А. Оцініть психопатологічний стан:

- А. Алкогольний параноїд.
- В. Сутінкове потьмарення свідомості.
- С. Атипове дисфоричне сп'яніння.
- Д. Атипове експлозивне сп'яніння.
- Е. Алкогольний делірій.

Б. Яке рішення буде прийняте відносно нього правоохоронними органами:

- А. Буде визнаний неосудним без позбавлення волі.

В. Буде визнаний неосудним і поміщений на примусове лікування.

С. Буде позбавлений волі.

2. На прийом до лікаря звернулася жінка зі скаргами на неадекватну поведінку чоловіка (49 років), який вживає алкоголь протягом 25 років. 10 років відзначаються запої до 7 - 10 днів. В даний час може пити тільки кріплені вина. Чоловік в останні 5 років став грубим, брехливим, безвідповідальним, байдужим до проблем сім'ї та дітей. У той же час не дає спокою дружині, звинувачуючи її в зраді. Вимагає зізнань, неодноразово помічала, як він стежить за нею, перевіряє її речі. Під час сварок погрожував дружині розправою. Останнім часом прийшов до висновку, що вона змінює йому з усіма товаришами по службі.

Психічний статус пацієнта: орієнтований правильно. Детально розповідає про поведінку дружини, непохитно переконаний, що дружина йому зраджує. Щоб не вбити її і не відповідати за це, вважає за необхідне розлучитися. Себе вважає здоровим, а помістили його в лікарню дружина і її коханці. Після довгих умовлянь погодився полікувати "нерви". У відділенні поведінка спокійна, веде себе впорядковано. На побаченнях з дружиною, якщо ніхто не спостерігає, вимагає від неї зізнань, ображає її, погрожує розправою.

А. Кваліфікуйте стан хворого:

А. Паранояльний синдром, шизофренія.

В. Параноїдний синдром, шизофренія.

С. Хронічний алкоголізм.

Д. Алкогольний параноїд.

Е. Алкогольне марення ревнощів. Хронічний алкоголізм 2 - 3 ст.

Б. Визначте адекватну тактику лікування на початковому етапі:

А. Раціональна психотерапія

- В. Дезінтоксикаційна терапія
- С. Вітамінотерапія
- Д. Нейролептики в поєднанні з противоалкогольною терапією
- Е. Транквілізатори

3. У стаціонарі молода людина, 22 років, в стані збудження, з підвищеним настроєм, неадекватною балакучістю. Зізнався, що "колеться" якимось наркотиком протягом року. При огляді: АТ 130/90 мм.рт.ст., пульс - 97 уд. в хв. Пізніше, перебуваючи в стаціонарі хворий виявляв розгубленість, здивування, нерозуміння ситуації. Став стверджувати, що руки і ноги стали "гумовими", згинаються в різних напрямках, голова зменшилася. Надалі, хворий помітив, що палата спочатку подовжилася, а потім перетворилася в щурячу нору. Відчував страх, тривогу. Об'єктивно: блідість шкіри, розширення зіниць, порушені конвергенція і акомодация, больова і тактильна чутливість знижені, АТ - 140/90 мм.рт.ст., пульс 100 уд. в хв.

А. Дайте синдромологічну оцінку стану пацієнта:

- А. Галюцинаторний синдром.
- В. Синдром психосенсорних порушень.
- С. Ілюзорні феномени.

Б. Виберіть передбачуваний діагноз:

- А. Амфетамінова токсикоманія
- В. Кетамінова токсикоманія
- С. Фенціклідінова токсикоманія
- Д. Барбітурова наркоманія
- Е. Кокаїнова наркоманія

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

### *Основна*

1. Психіатрія і наркологія : підруч. / В. Л. Гавенко [та ін.] ; за ред.: В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського ; рец.: А. М. Скрипніков, С. Є. Козакова. - 2-е вид., переробл. и доп. - К. : ВСВ Медицина, 2015. - 512 с.
2. Психіатрія і наркологія : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / Г. Т. Сонник [та ін.] ; за ред. О. К. Напрєєнка ; рец.: В. Д. Мішієв, О. Г. Сиропятов. - К. : ВСВ Медицина, 2015. - 424 с.
3. Кришталь Є. В. Сексопатологія : підручник / Є. В. Кришталь, Б. М. Ворнік ; рец.: О. К. Напрєєнко, М. Д. Кібрик, І. І. Горпинченко. - К. : Медицина, 2014. - 544 с.
4. Клиническая психология : учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб. : Питер, 2002. - 960 с.
5. Лакосина Н. Д. Клиническая психология : учебник для студентов мед. вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. - 3-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2007. - 416 с. –

### *Додаткова*

1. Великанова Л. П. Наркология : учеб. пособие / Л. П. Великанова, О.В.Каверина, Р.В.Бисалиев. - 2-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2008. - 382 с.
2. Шабанов П. Д. Наркомании : Патопсихология, клиника, реабилитация : монография / П. Д. Шабанов, О. Ю. Штакельберг. - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Лань, 2001. - 464 с.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология : учеб. пособие / Б.В. Зейгарник. - 2-е изд., стер. - М. : Академия, 2000. - 208 с.
4. Руководство по аддиктологии / под.ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб.:Речь, 2007. – 768 с.
5. Адиктивный потяг: [монография] / В. Д. Менделевич, М. Л. Зобин. - М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 263.

6. Гоголева А. В. Адиктивна поведінка і його профілактика. М.: Видавництво НВО МОДЕК, 2003. - 240 с.
7. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: навч. посіб. – К.: ВПЦ "Київський університет", 2002. – 308 с.
8. Медико-соціальна експертиза психічних та поведінкових розладів: Навчально-методичний посібник / за ред. Л. М. Юр'євої. – Дніпропетровськ, 2004. –143 с.
9. Москаленко В.Ф. Поширеність тютюнопаління серед молоді: проблеми та шляхи вирішення / В. Ф.Москаленко, Т. С. Грузева, Л. І. Галієнко. – Київ: НМУ, 2006, 224 с.
- 10.Бурлачук Л. Ф. Психотерапія: учебник для вузов (психологические модели) / Л. Ф. Бурлачук, А. С. Кочарян., М. Е. Жидко – СПб.: Питер, 2009. – 496 с.
- 11.Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 288 с.
- 12.Лекції з наркології / за ред. М. М. Іванця. - 3-е изд., Перераб. - М.: Мед. Практика, 2001. - 344 с.

### **Інформаційні ресурси:**

1. Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М., 2006. [Електроний ресурс: адреса доступу: <http://www.twirpx.com/file/864945/>]
2. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – М., 2002. [Електроний ресурс: адреса доступу: [www.koob.ru/moskalenko\\_v\\_d/dependence](http://www.koob.ru/moskalenko_v_d/dependence)]
3. Даулинг С. (ред.). Психология и лечение зависимого поведения. – М., 2000. [Електроний ресурс: адреса доступу: <http://osp.kgsu.ru/library/PDF/379.pdf>]

4. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебн. пособ. – М.: МЕДпресс, 2001. – 432 с. [Электроний ресурс: адреса доступу: [sovabooks.com.ua/psihologija-deviantnogo-povedenija-mendelevich...](http://sovabooks.com.ua/psihologija-deviantnogo-povedenija-mendelevich...)]