



ЛЕКЦИЯ 14. ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПИИ АДДИКТИВНОГО КЛИЕНТА (ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ)

ОГЛАВЛЕНИЕ

Зависимость от психоактивных веществ.....	3
Существуют 4 состояния, которые характеризуют динамику употребления ПАВ:.....	3
Острая и патологическая интоксикация алкоголем.....	3
F1x.0 Острая интоксикация.....	3
F10.07 Патологическая алкогольная интоксикация.....	4
Терапия основных синдромов.....	4
Острая интоксикация.....	4
Пагубное употребление ПАВ.....	5
Диагноз синдрома зависимости от ПАВ.....	5
Терапия синдрома зависимости от психоактивных веществ.....	6
Концепция коморбидности.....	7
Алкогольная зависимость.....	7
Основные свойства алкоголя, обуславливающие его широкое распространение.....	7
Теории развития алкогольной зависимости.....	8
Теория дефицита дофамина в центре поощрения («центр удовольствия»).....	8
Удовольствие/экспрессионизм.....	8
Употребление алкоголя тесно связано с наследственными особенностями ферментов.....	9
Классификация алкогольной зависимости.....	9
(Cloninger, 1983).....	9
Классификация по стадиям (Портнов, Пятницкая, 1973).....	10
1 стадия АЗ (патологическое влечение к алкоголю).....	10
2 стадия (развернутая) АЗ.....	11
3 стадия (Конечная).....	12
Классификация по течению заболевания (Иванец Н.Н.).....	13
Алкогольные психозы.....	13
Алкогольный делирий.....	13
Изменения личности.....	13
Клинические формы алкогольного расщепления личности.....	14
Наркомании и токсикомании.....	14
Медицинские и социальные последствия наркомании.....	15

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



Классификация наркотиков	15
Структура злоупотребления ПАВ в США	15
Токсикомании.....	16
Злоупотребление «Новыми Психоактивными Веществами»	16
Синдром зависимости от опиоидов	16
Синдром зависимости.....	16
Абстинентный синдром	17
Механизм действия агонистов, частичных агонистов и антагонистов опиоидных рецепторов.....	18
Синдром зависимости от седативно-снотворных препаратов.....	18
Синдром зависимости.....	18
Абстинентный синдром	19
Кокаиновая зависимость	19
Клиника зависимости от кокаина	20
Передозировка кокаином, психозы	20
Личность.....	20
Зависимость от каннабиноидов	21
Диагностика каннабиноидов	22
Скрининг	22
Передозировка	22
Психозы и расстройства личности	22
Психозы	22
Расстройство личности	23
Зависимость от синтетических каннабиноидов «спайс»	23
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов	23
Психические и поведенческие расстройства, вызванные галлюциногенами	24
Клиника зависимости от галлюциногенов	25
Синдром зависимости от галлюциногенов	25
Мозг человека под ЛСД впервые рассмотрели в МРТ	25
Принципы фармакологического лечения зависимостей от ПАВ	26
Контролируемое употребление алкоголя с налмефеном	26
Сравнительный анализ частоты обострений (срывов) наркотической зависимости и соматических заболеваний.....	27
Восстановление активности мозга после прекращения употребления метамфетаминов	27
Психотерапия зависимостей от ПАВ.....	27

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Зависимость от психоактивных веществ означает развитие привыкания (аддикции), связанного с употреблением психоактивных веществ. Согласно определению ВОЗ, вещество называется **психоактивным**, если оно **модифицирует (повреждает) психические функции**.

СУЩЕСТВУЮТ 4 СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ДИНАМИКУ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ:

- ✗ **Острая интоксикация** – следствие недавнего употребления ПАВ, которое проявляется психологическими и физическими симптомами. Эффект исчезает при прекращении употребления новых доз.
- ✗ **Употребление с вредными последствиями (Harmful use)** – прием ПАВ, повлекший злоупотребление вещества, приводящее к повреждению здоровья, как психологического, так и физического
- ✗ **Синдром зависимости (Dependence syndrome)** определяется психологическими и физиологическими феноменами, вызванными повторяющимся приемом ПАВ. Выделяют следующие критерии синдрома зависимости:
 - + Сильное, неконтролируемое влечение к употреблению ПАВ, называется также «психологической зависимостью»
 - + Прогрессирующий отказ от альтернативных источников удовлетворения или получения удовольствия
 - + Развитие толерантности (привыкания) и склонности к потреблению все возрастающих доз ПАВ
- ✗ **Синдром лишения (Physical withdrawal state)** или абстинентный синдром: тягостное состояние, проявляющееся психическими, соматическими и неврологическими расстройствами, возникающими в ответ на прекращение употребления вещества или снижение его дозы, длящееся непродолжительное время. Симптомы абстиненции противоположны симптомам острой интоксикации этим же веществом и различаются при злоупотреблении различными ПАВ. Потребность облегчить это состояние называется «Физической зависимостью»

ОСТРАЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ АЛКОГОЛЕМ

F1X.0 ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ.

- G1 Очевидность недавнего употребления психоактивного вещества в достаточно высокой дозе
- G2 Симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать известному действию конкретного вещества (или веществ) как это определяется ниже и они должны отличаться

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



достаточной выраженностью, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения.

- G3. Имеющиеся симптомы или признаки не могут быть объяснены соматическим заболеванием, не связанным с употреблением веществ, а также другим психическим или поведенческим расстройством.

Острая интоксикация часто имеет место у лиц, дополнительно обнаруживающих более постоянные проблемы в связи с употреблением алкоголя или наркотиков. При наличии таких проблем, например злоупотребления (F1x.1), синдрома зависимости (F1x.2) или психотического расстройства (Fх.5), они также нуждаются в кодировании.

F10.07 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ.

Примечание. Положение этого состояния изучается. Предлагаемые исследовательские критерии должны рассматриваться как временные.

- А. Должны выполняться общие критерии для острой интоксикации (F1x.0), за исключением того, что патологическая интоксикация развивается после приема такого количества алкоголя, которое недостаточно для вызова интоксикации у большинства людей.
- Б. Вербальная агрессия или физически агрессивное поведение, которые нетипичны для данного лица в трезвом состоянии.
- В. Интоксикация развивается очень быстро (обычно через несколько минут) после приема алкоголя.
- Г. Отсутствуют данные, указывающие на органическое церебральное заболевание или другие психические расстройства.

Примечание

Это редкое состояние. Уровни алкоголя в крови при этом расстройстве ниже, чем те, которые вызывают острую интоксикацию у большинства людей, т. е. ниже 40мг/100 мл.

ТЕРАПИЯ ОСНОВНЫХ СИНДРОМОВ

ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ

Задачи терапии. восстановление и стабилизация психофизического состояния больного.

Тактика терапии: проведение специфической антидотной, инфузионной и симптоматической терапии.

Критерий эффективности лечения. восстановление сознания и жизненно важных функций.

Общий алгоритм лечебных мероприятий.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



- 1 - уменьшение адсорбции: рвотный рефлекс, зондовое промывание желудка, введение адсорбентов (энтеросорбентов: активированного угля и др.);
- 2 - антидотная терапия: введение антидотов или фармакологических антагонистов;
- 3 - усиление элиминации: введение жидкости, стимуляция диуреза и выделительных функций.

Лекарственные препараты, группы. налоксон, флумазенил (Анексат[®]), аналептики, ГК, спазмолитики, осмотические диуретики, бензодиазепины, снотворные, ноотропы, витамины и метаболические средства, средства для инфузионной терапии.

ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПАВ

Задачи терапии: формирование установок на отказ от употребления ПАВ.

Тактика терапии: проведение целенаправленной психотерапии и симптоматической терапии.

Критерий эффективности лечения: стабилизация психофизического состояния больного.

Общий алгоритм лечебных мероприятий.

- 1 - проведение планового психотерапевтического лечения;
- 2 - коррекция соматических и психопатологических нарушений.

В терапевтических программах ведущее место занимают психотерапевтические методы.

ДИАГНОЗ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

Диагноз синдрома зависимости от ПАВ может быть установлен при наличии трех симптомов или более из нижеперечисленных в течение некоторого времени за предыдущий год.

- Сильная потребность или необходимость принять ПАВ.
- Нарушение способности контролировать прием ПАВ, т.е. начало употребления, окончание или дозировку употребляемых веществ.
- Физиологическое состояние отмены, характерное для данного вещества, когда прием вещества был прекращен или значительно снижен.
- Использование другого вещества для облегчения или предотвращения симптомов отмены, при осознании того, что это эффективно.
- Признаки толерантности, такие как увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами, либо ее снижение.
- Прогрессирующее игнорирование альтернативных интересов в пользу употребления вещества, увеличение времени, потраченного на приобретение, прием вещества или восстановление после его действия.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



- Продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные вредные последствия, при осознании связи между приемом и последствиями.

ТЕРАПИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Задачи терапии:

- 1 - купирование проявлений синдрома патологического влечения;
- 2 - терапия соматоневрологических последствий хронической интоксикации ПАВ.

Тактика терапии. проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения.

Критерий эффективности лечения. стабилизация психофизического состояния больного.

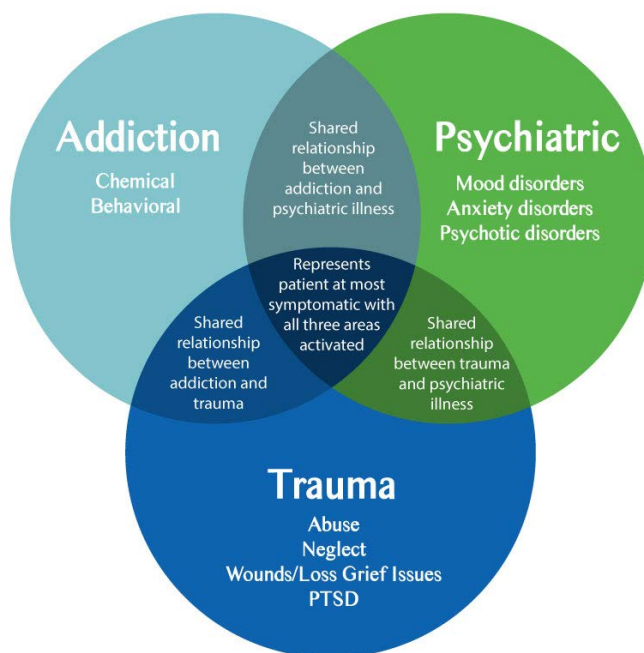
Общий алгоритм лечебных мероприятий:

- 1 - назначение ПФТ по показаниям;
- 2 - назначение терапии, направленной на соматические нарушения;
- 3 - назначение специфических средств;
- 4 - проведение психотерапии;
- 5 - мониторинг состояния.

Лекарственные препараты, группы. сенсibiliзирующие средства, блокаторы опиатных рецепторов длительного действия, антидепрессанты (при преобладании расстройств депрессивного спектра в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ), антипсихотики (при наличии поведенческих расстройств, психомоторного возбуждения, идеаторных расстройств в структуре синдрома патологического влечения), антиконвульсанты (при наличии аффективной лабильности в структуре синдрома патологического влечения), ноотропы, гепатотропы, витамины, антиоксиданты.



КОНЦЕПЦИЯ КОМОРБИДНОСТИ



АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Алкогольная зависимость (хронический алкоголизм, синдром зависимости от алкоголя) – это хроническое прогрессирующее заболевание, обусловленное действием алкоголя как наркотического вещества, характеризующееся патологической потребностью человека в алкоголе (патологическим влечением к алкоголю), физической зависимостью от алкоголя, психической и социальной деградацией, соматоневрологическими последствиями хронической алкогольной интоксикации (Иванец Н.Н., Винникова М.А. Нац. Рук-во).

Учётная распространённость алкогольных расстройств в России колеблется от 1500 до 2100 случаев на 100 тыс. населения, т.е. около 2% общей популяции (для подсчета истинной распространенности ВОЗ рекомендует умножать эту цифру на 8). По данным зарубежных авторов – 60% популяции употребляет алкоголь, а 7 - 10% страдают алкогольной зависимостью.

ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА АЛКОГОЛЯ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ЕГО ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ

- Эйфоризирующий эффект
- Транквилизирующий эффект
- Седативный эффект
- Стимулирующий коммуникацию эффект
- Антидепрессивный эффект

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

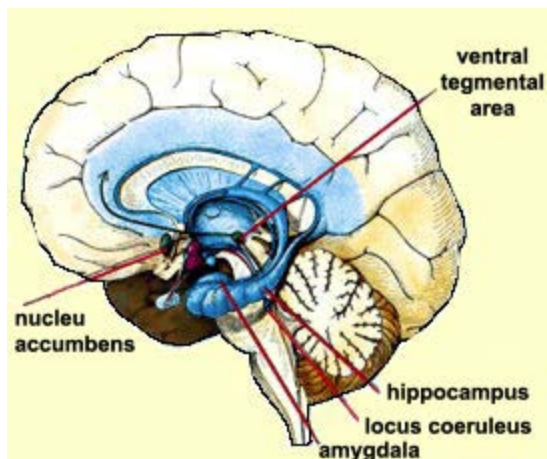
© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

ТЕОРИЯ ДЕФИЦИТА ДОФАМИНА В ЦЕНТРЕ ПООЩРЕНИЯ («ЦЕНТР УДОВОЛЬСТВИЯ»).



Академик И.П. Анохина доказывает универсальную патогенетическую природу всех зависимостей.

Нора Волков-Бронштейн

Джеймс Олдс (совместно с Милнером) в 1954г. открыл «центр удовольствия» у крыс

Под воздействием алкоголя происходит обильный выброс дофамина в синаптическую щель, в связи с этим происходит возбуждение «системы подкрепления». Такое возбуждение сопровождается положительно окрашенными эмоциональными переживаниями.

Часть свободного дофамина расщепляется в синаптической щели, часть возвращается обратно по механизму обратного захвата. При повторном приёме алкоголя происходит очередной выброс дофамина из депо, что приводит к истощению запасов нейромедиатора. Психически это сопровождается падением настроения, ощущением вялости, слабости, переживанием скуки, депрессивными симптомами. Приём алкоголя на этом фоне вновь вызывает выброс дофамина из депо, что временно компенсирует его дефицит. Таким образом, «порочный круг» замыкается, сопровождаясь всё большим и большим дефицитом дофамина, а соответственно постепенным развитием синдрома зависимости от алкоголя.

УДОВОЛЬСТВИЕ/ЭКСГИБИЦИОНИЗМ

Также обнаружена тесная связь между A1-аллелью дофамин-2-рецепторного (D2DR) гена и тяжелой алкогольной зависимостью. A1-аллель связана с общим уменьшением количества D2-рецепторов. Низкое количество D2-рецепторов коррелирует с числом поступков связанных с получением удовольствия.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

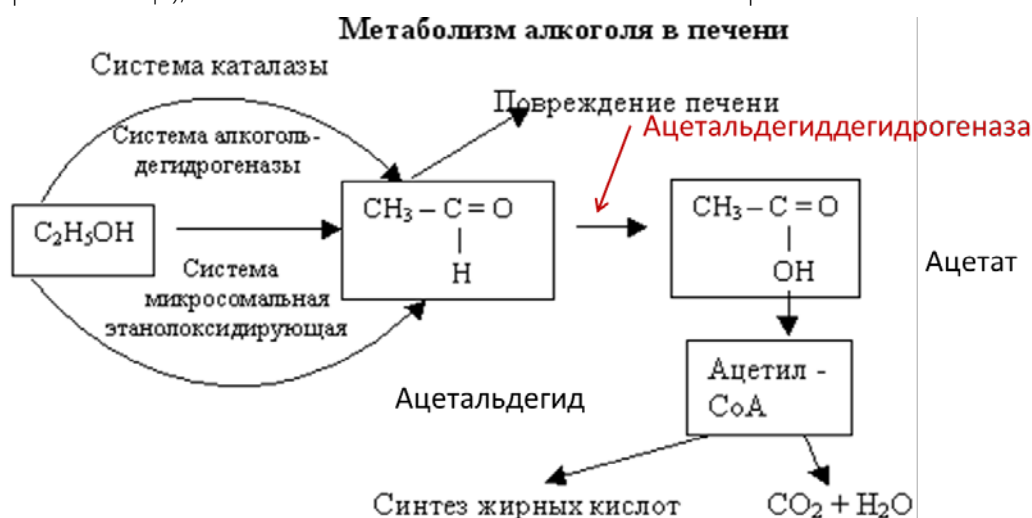
Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ
2019 год.



УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ТЕСНО СВЯЗАНО С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ФЕРМЕНТОВ.

- сибирская и североамериканская популяции имеют минимальное содержание алкогольдегидрогеназ, поэтому алкоголь долго циркулирует в организме, определяя тенденцию к долгой интоксикации (быстрое опьянение и тяжелая интоксикация). Женщины имеют менее сильную алкогольдегидрогеназу, чем мужчины.
- азиаты имеют дефицит ацетальдегиддегидрогеназы. Ацетальдегид в 300 раз токсичнее чем алкоголь, поэтому может быть флашинг реакция (падение артериального давления, красное лицо), в связи с этим алкогольная зависимость не развивается.



Существует ряд **психологических теорий** развития алкогольной зависимости, одной из которых является теория аутоагрессии. Согласно этой теории – алкогольная зависимость является одним из путей реализации родительского послания «Не живи!». Аутоагрессия у больных алкогольной зависимостью встречается как в своей классической форме (суициды и парасуициды), так и в форме несуйцидальной аутоагрессии (семейная, соматическая и другие виды аутоагрессии).

60% завершенных суицидов связано с употреблением алкоголя.

КЛАССИФИКАЦИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

(CLONINGER, 1983)

Тип А: более благоприятное течение заболевания с развитием физической зависимости от алкоголя после 25 лет;

Тип В: более тяжелая форма. II стадия алкогольной зависимости развивается до 25 лет. Характерна семейная история алкоголизма, что связано с повышенной импульсивностью и склонностью к агрессии.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТАДИЯМ (ПОРТНОВ, ПЯТНИЦКАЯ, 1973)

1 стадия – формирование психической зависимости от алкоголя

2 стадия – формирование физической зависимости

3 стадия - энцефалопатическая

1 СТАДИЯ АЗ (ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ)

1. **Повышение толерантности** - самый ранний и наиболее распространенный признак привыкания к алкоголю и формирования болезни.

2. **Формирование патологического влечения к алкоголю.** Влечение к алкоголю может быть выражено то более, то менее отчетливо. Со временем потребление алкоголя превращается в преобладающий жизненный интерес.

Различают несколько видов патологического влечения к алкоголю.

- Первичное патологическое влечение к алкоголю - возникает на фоне более или менее продолжительного воздержания от приема алкоголя.
 - Ситуационно обусловленное первичное патологическое влечение к алкоголю - возникает лишь при наличии ситуации (семейные события, мероприятия, имеющие отношение к профессиональной деятельности).
 - Первичное патологическое влечение к алкоголю с борьбой мотивов (психическая зависимость с навязчивым компонентом) - больной осознает и ощущает внутреннюю борьбу.
 - Первичное патологическое влечение к алкоголю без борьбы мотивов - больной не осознает патологического влечения к алкоголю
 - Первичное патологическое влечение к алкоголю с характером неодолимости (психическая зависимость с компульсивностью) – возникает спонтанно и сразу же достигает такой интенсивности, что приводит к немедленному употреблению алкоголя.
 - Первичное патологическое влечение к алкоголю на фоне пограничных состояний - возникает при наличии аффективных (чаще депрессивных) расстройств в рамках различных психопатических и невротических состояний.
- Вторичное патологическое влечение к алкоголю - возникает под влиянием употребленного алкоголя (в состоянии алкогольного опьянения или в периоде алкогольного абстинентного синдрома). Определяет неспособность больного прекратить дальнейшее потребления алкоголя.



- Патологическое влечение в состоянии опьянения со снижением количественного контроля.
- Патологическое влечение в состоянии опьянения с утратой количественного контроля (симптом критической дозы).

Патологическое влечение в состоянии опьянения с утратой ситуационного контроля.

Формы патологического влечения к алкоголю.

- Генерализованная (тотальная) - наличие у больного прочной и эмоционально насыщенной системы взглядов на роль и место алкоголя. Патологическое влечение к алкоголю владеет интересами, мыслями и представлениями больного, определяет круг его общения, его симпатии и антипатии, оценку человеческих достоинств, тематику воспоминаний, разговоров, сновидений и т.д.
- Парциальная (локальная) - влечение отделено от личности больного и противопоставлено ей, оно встречает внутреннее сопротивление, причиняет больному страдания или переживается им как помеха. Больной, как правило, осознает наличие влечения к алкоголю, способен его предметно описать, изображает в подробностях, жалуется на него, просит помочь, применить радикальные методы лечения.

2 СТАДИЯ (РАЗВЕРНУТАЯ) АЗ

К вышеуказанной симптоматике присоединяются:

1. **Алкогольный абстинентный синдром** – комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающий у больных с алкогольной зависимостью вслед за прекращением или резким сокращением длительного и массивного употребления алкоголя. Выделяют нейровегетативный, церебральный, висцеральный (соматический), психопатологический клинические варианты. Длительность абстинентного синдрома - от 2 сут до 2 нед, в среднем 3-5 сут.

Диагностические критерии алкогольного абстинентного синдрома.

- Должны иметься четкие данные о недавнем прекращении приема или снижении доз вещества после употребления этого вещества обычно в течение длительного времени и/или в высоких дозах.
- Симптомы и признаки соответствуют известным характеристикам состояния отмены конкретного вещества или веществ.
- Симптомы и признаки не обусловлены медицинским расстройством, не имеющим отношения к употреблению данного вещества, и не могут быть лучше объяснены другим психическим или поведенческим расстройством.



Состояние (синдром) отмены является одним из проявлений синдрома зависимости, который надо учитывать при диагностике.

2. Толерантность к алкоголю начинает превышать исходную в 5-6 раз.
3. Патологическое влечение к алкоголю – усложняется психопатологическая структура.
4. Постоянное, перемежающееся и запойное пьянство – проявления болезни, отражающие ее патогенетические механизмы и динамические особенности влечения к алкоголю.

Постоянная форма характеризуется длительным, продолжающимся недели и месяцы злоупотреблением алкоголем. Перерывы редки, кратковременны (не более 2-3 дней). Перемежающаяся форма - на фоне многонедельного или многомесячного пьянства возникают периоды его резкого усиления, что проявляется увеличением в 2-3 раза дозы потребляемого алкоголя. В конце такого запоя могут быть короткие (1-3 дня) перерывы в употреблении спиртного, связанные с истощением организма и непереносимостью спиртных напитков.

Запойная форма – регулярно повторяющиеся периоды ежедневного, на протяжении нескольких дней или недель, злоупотребления алкоголем, чередующиеся с периодами трезвости. Различают истинные и ложные запои.

5. **Изменения личности (алкогольная деградация).** Появляются черты нравственного огрубения - притупление высших (чувства совести, долга, заботы, сострадания и т.п.) и усиление низших (эгоизм, раздражительность, любовь к наслаждениям, паразитические тенденции и др.) эмоций. Происходит заострение преморбидных черт характера. Становится заметным интеллектуально-мнестическое снижение. Появляются палимпсесты - выпадение из памяти определенных событий в период опьянения.

3 СТАДИЯ (КОНЕЧНАЯ)

Наступает общее одряхление, аналогичное преждевременному старению: ухудшение функций всех органов и систем, интеллектуальная беспомощность, достигающая степени алкогольного слабоумия. Переносимость алкоголя резко снижается, опьянение возникает уже после небольшого количества спиртного (снижение толерантности). Тяга к алкоголю, как правило, в 3 стадии болезни ослабевает и теряет прежнюю активность.

Абстинентный синдром протекает очень тяжело, часты судорожные припадки и психозы, особенно хронические (длительные, затяжные) формы. Тяжелая и разнообразная соматическая патология (цирроз печени, миокардиодистрофия, пневмосклероз и др.) служит причиной преждевременной смерти.



КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ТЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ИВАНЕЦ Н.Н.)

- Злокачественное течение (высокопрогредиентное)
- Среднепрогредиентное течение
- Малопрогредиентное течение

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

- Корсаковский алкогольный психоз
- Алкогольный галлюциноз
- Алкогольный делирий
- Алкогольный параноид
- Алкогольный бред ревности

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ

Диагностические критерии

Классическая триада, характерная для *delirium tremens*.

- 1) спутанность, помрачение сознания;
- 2) яркие иллюзии, галлюцинации любой сферы чувств;
- 3) выраженный тремор.

Обычно сопровождается бредом, ажитацией, отсутствием сна или инверсией цикла сна, нейровегетативными расстройствами.

Клинические варианты *delirium tremens*

Выделяют несколько клинических форм делирия (см. "Классификация, коды по МКБ-10").

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Концепция алкогольного расщепления личности на Алкогольное Я и нормативное Я (Валентик, 2000; Nakken, 1996) была основана на эмпирических наблюдениях о наличии 2 противоположных личностных стилей поведения, мыслей и чувств у одного и того же человека, страдающего алкогольной зависимостью (АЗ).

Так, по свидетельству жены писателя Александра Грина «Грин – писатель и Грин – человек – это разные личности». Первый – тонкий, чувствующий романтический литератор, автор «Алых парусов»; второй – асоциальный дегенерат, способный на убийство (пьяным выстрелил в живот своей любовнице).

Транс и интоксикация помогают существовать в 2 мирах (Nakken, 1996)



КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АЛКОГОЛЬНОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

1. Алкогольное расщепление – как следствие интенсивного потребления алкоголя и развития АЗ (Валентик, 2000; Nakken, 1996)
2. Алкогольное расщепление является вторичным и формируется в результате травматического опыта и диссоциации личностных частей (Putnam, 1989; Langeland et al., 2002; Najavits, 2002, 2013; Шитов, Шустов, 2007, 2008)
3. Алкогольное расщепление формируется на основе дисгармоничной личности (следствие травматического опыта и пограничного сплиттинга) в результате интенсивного употребления алкоголя (Firestone, 1988, 2011; Lineham, 1993, 2008; Штайнер, 2004)

НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

Наркомании (токсикомании) – сборная группа хронических заболеваний, характеризующихся патологическим влечением к различным психоактивным веществам (ПАВ), изменением толерантности и зависимости к ним, а также выраженными *медицинскими, социальными и юридическими последствиями*.

Наркомания - это хроническое прогрессирующее заболевание, вызванное употреблением веществ, отнесенных законом к списку наркотических.

Токсикомания - совокупность болезненных состояний, характеризующихся влечением и привыканием к приему лекарственных средств и других веществ, НЕ относимых к наркотическим.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (МКБ-10)

- ❑ F10 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя
- ❑ F11 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов
- ❑ F12 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиоидов
- ❑ F13 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных и снотворных веществ
- ❑ F14 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина
- ❑ F15 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других стимуляторов, включая кофеин
- ❑ F16 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов
- ❑ F17 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака
- ❑ F18 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей
- ❑ F19 Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.

14



Первые 3 гр – с преимущественным действием на сферы аффекта и побуждений;
остальные – с преимущественно стимулирующим и галлюциногенным действием

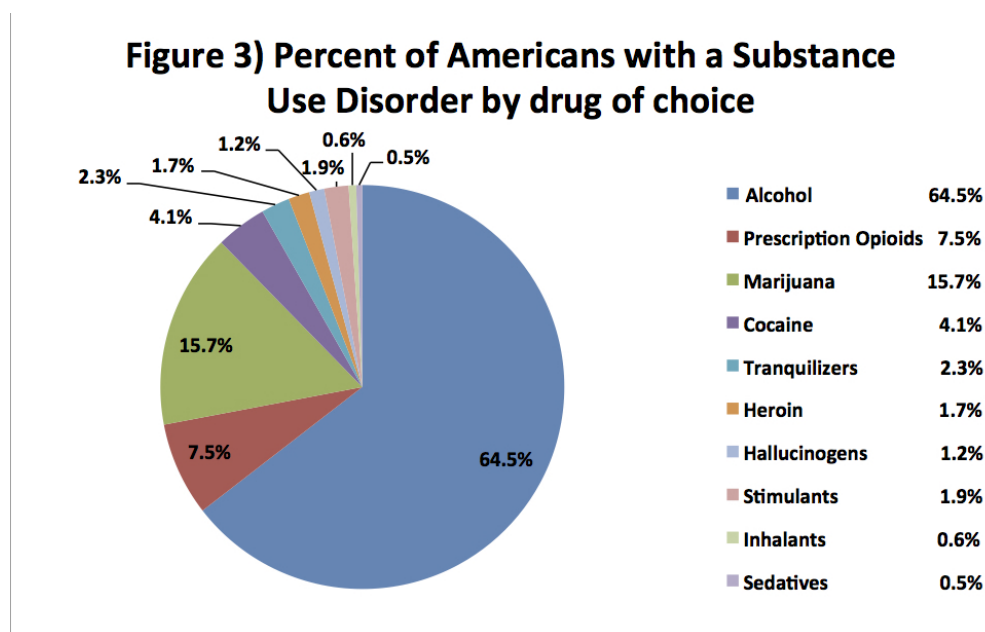
МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НАРКОМАНИИ

- Личностные и поведенческие нарушения
- Передозировки и суициды
- Неврологические и соматические осложнения
- Снижение и последующая потеря работоспособности
- Деформация, искажение и разрушение семейных связей
- Антисоциальное поведение, приводящее к многочисленным юридическим последствиям

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРКОТИКОВ

- Опиоиды (опий, морфин, кодеин, героин, дезоморфин (крокодил), метадон, бупренорфин, фентанил)
- Каннабиоиды (гашиш, анаша, марихуана)
- Кокаин (соль), крэк (основание)
- Психостимуляторы (фенамин, первитин, эфедрон, амфетамины, кустарно приготовленные вещества из эфедрина)
- Галлюциногены (ЛСД, мескалин, псилоцибин, экстази (МДМА))

СТРУКТУРА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ В США



Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



ТОКСИКОМАНИИ

1. Летучие растворители (ксилол, толуол, ацетон, бензин и др.)
2. Транквилизаторы (реланиум, феназепам и др.)
3. Эрготамин
4. Психостимуляторы (кофеин и др.)
5. Анаболические стероиды

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ «НОВЫМИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ»

1. Синтетические каннабиноиды («спайс», K2)
2. Синтетические катинионы – метаболиты катина – алкалоида растительного происхождения («Соли для ванн». «Травяные максимумы»)
3. Кетамин (психодизлептик), структурный аналог фенциклидина
4. Фенилэтиламины
5. Пиперазины - обладают амфетаминоподобным эффектом («легальный Экстази», MDAI – наркотик любви, MDMA - вызывает повышение эмпатии к окружающим, применялся в ПТ)
6. Вещества растительного происхождения (кат, kratom, шалфей предсказателей и др.)
7. Прочие (Аминоинданы, производные фенциклидина, триптамины)

См. «Вопросы Наркологии», 2014, 5

СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ

СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ

Сроки формирования заболевания зависят от наркогенности применяемого препарата и его способа введения. Наиболее наркогенным является героин, вводимый внутривенно: при его введении становление наркомании наблюдается уже через 3-5 инъекций. Также быстро формируется зависимость при внутривенном употреблении препаратов, приготовленных путем химической обработки опия-сырца, сухой маковой соломки или семян пищевого мака. При употреблении медицинских наркотиков зависимость формируется медленнее, как правило, через 10-15 инъекций.

Синдромологическая структура зависимости от опиоидов (динамика толерантности, феномен синдрома патологического влечения, опиоидный абстинентный синдром, стадийность) подобна таковой при зависимости от алкоголя. Отличия заключаются в скорости формирования синдрома зависимости, стремительном и быстром течении.

При осмотре могут обращать на себя внимание общие признаки:

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.

16



- дряблость кожного покрова, дистрофические изменения в коже, подкожно-жировой клетчатке и мышцах, дефицит массы тела; больные часто выглядят старше своего возраста;
- разрушение и выпадение зубов, ломкость и сухость ногтей и волос; наличие следов инъекций по ходу венозных сосудов, склерозирование или облитерация вен;
- симметричные круги вокруг глаз в сочетании с добавочными складками в верхней части щек и заостренными скулами.

К признакам наркологической настороженности следует отнести увеличение печени, наличие вирусного гепатита, увеличение лимфатических узлов, ожоги и травмы на руках.

АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

Основные клинические проявления синдрома отмены опиоидов включают вегетативные, алгические и психопатологические расстройства.

Клинические признаки опиоидного абстинентного синдрома:

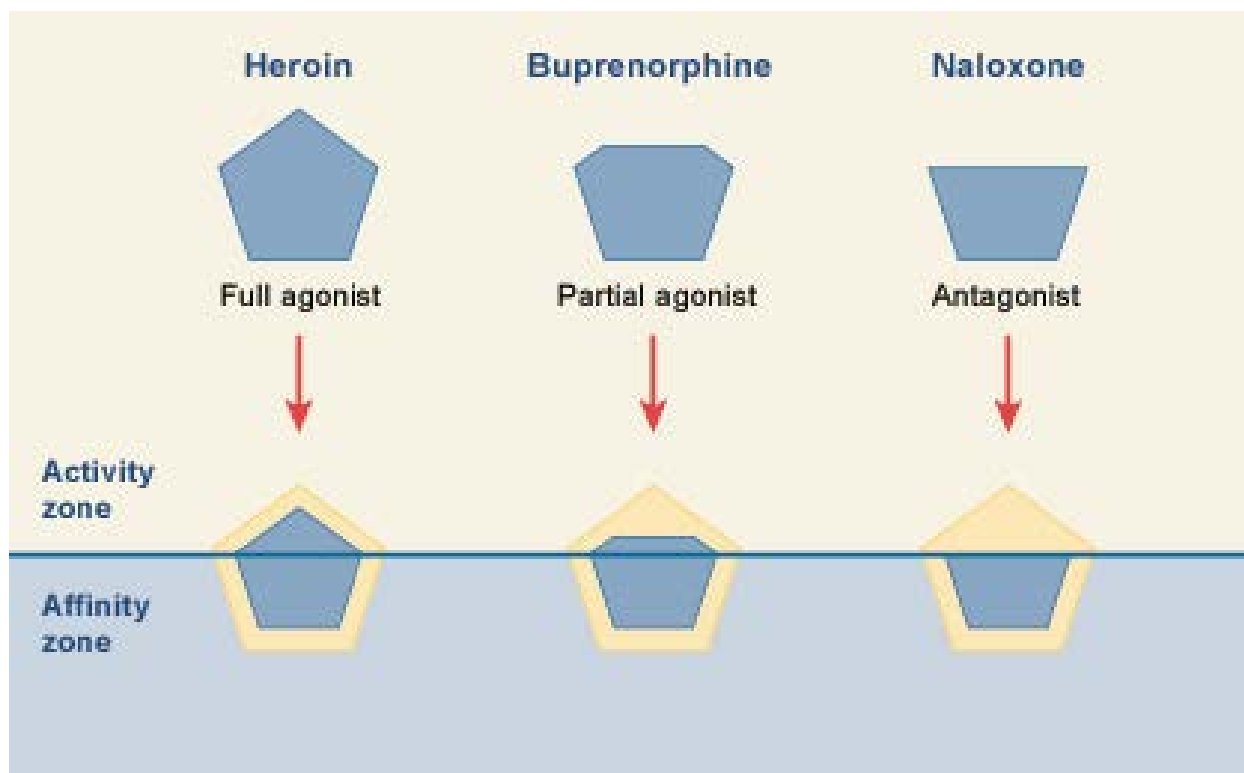
- мидриаз;
- мышечные боли;
- вегетативные расстройства: зевота, слезотечение, явления вазомоторного ринита, чиханье, "гусиная кожа", "мраморная кожа", рвота, тошнота, диарея, повышенная потливость, лихорадка;
- тахикардия, повышение АД;
- отдельные подергивания в мышцах голеней и стоп, повышение сухожильных рефлексов;
- выраженное (осознанное) влечение к наркотику, бессонница.

Экспресс-метод выявления опиоидного абстинентного синдрома – введение специфических антагонистов морфина (налорфина и налоксона по 1-3 мл подкожно дважды; состояние оценивается через 15-35 мин).

Наркотическая интоксикация либо факт употребления наркотиков могут быть установлены путем обнаружения в биологических жидкостях (крови, моче, слюне) опиатов или их метаболитов. Метадон в моче обнаруживают в течение 7-9 дней после приема, кодеин и морфин - 24 ч, 6-моноацетат-морфин - 2-4 ч, морфин-глюкоронид - 48 ч, кодеин-глюкоронид - 3 дней, пропоксифен и норпропоксифен - 6-48 ч, дигидрокодеин - 24 ч, бупренорфин - 48-56 ч.



МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АГОНИСТОВ, ЧАСТИЧНЫХ АГОНИСТОВ И АНТАГОНИСТОВ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ



СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕДАТИВНО-СНОТВОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ

СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ

Злоупотребление нембуталом и барбитамом рассматривают как наркоманию (F13-N). Злоупотребление остальными снотворными - как токсикоманию (F13-T).

По механизму формирования **зависимости** можно выделить две основные группы пациентов. Первая категория включает больных, которым данные препараты были назначены врачом при лечении различных психических расстройств. Риск возникновения зависимости высок при назначении данных препаратов более 1 мес.

Ко второй категории относятся пациенты с сопутствующим злоупотреблением алкоголем и наркотиками, начавшие употреблять седативно-снотворные средства самостоятельно с различными целями, такими как самолечение синдрома отмены, уменьшение тревоги или бессонницы, для усиления эффекта наркотиков и редко при синдроме отмены кокаина.

Стадия I длится от 2 до 6 мес систематического приема барбитуратов, характеризуется потребностью в увеличении доз препарата, отсутствием снотворного эффекта от терапевтических доз, нарушениями сна вне его приема.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.

18



Стадия II барбитуровой зависимости длится от 6 мес до 3 лет и более. Обычная суточная доза - 1 г, но возможны дозы барбитуратов 1,5-2,0 г. На этом этапе толерантность стабилизируется. Заметно меняется характер опьянения: расторможенность и болтливость выражены слабо, движения становятся координированными, но возрастает склонность к дисфорическим реакциям.

В связи с рано возникающими тяжелыми осложнениями данного типа зависимости **III стадия** заболевания у лиц, злоупотребляющих снотворными, наблюдается редко. Ее достигают, как правило, больные, употребляющие снотворные небарбитуровой группы. Прогрессирующее снижение интеллекта, грубые неврологические расстройства приводят к утрате трудоспособности больного и инвалидности. Нарастание слабоумия приводит к морально-этическому распаду личности. Высока частота смертельных исходов при злоупотреблении барбитуратами. Причиной смерти служат самоубийства, несчастные случаи в состоянии опьянения, передозировка барбитуратами. При злоупотреблении бензодиазепинами также формируется дефект личности, напоминающий органический, сопровождающийся выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями. Лицо становится маскообразным, мимика бедная. Нарастает вялость. Резко падает работоспособность. На этом этапе характерны депрессивный фон настроения, попытки самоубийства.

АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

Барбитуровый **абстинентный синдром** протекает в четыре последовательные фазы:

- 1-я фаза - беспокойство, озноб, зевота, бледность кожного покрова, повышенная потливость, расширение зрачков, нарушения сна, напряжение и дисфория;
- 2-я фаза - тревога, мышечное напряжение, судороги икроножных мышц, гиперрефлексия, мелкий тремор, тахикардия, подъем АД;
- 3-я фаза - присоединяются боли в желудке, рвота, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, могут отмечаться летучие боли в крупных суставах;
- 4-я фаза - возникают большие судорожные припадки, которые могут повторяться на протяжении последующих 3 сут.

Абстинентные барбитуровые психозы возникают на 3-8-е сутки лишения или резкого снижения суточных доз. Чаще всего они представлены делирием, сходным по клиническим проявлениям с алкогольным.

КОКАИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Кокаин оказывает возбуждающее действие на ЦНС. Возникает возбуждение, эйфория, стремление к деятельности, бессонница, при передозировке – раздражительность, агрессивность,

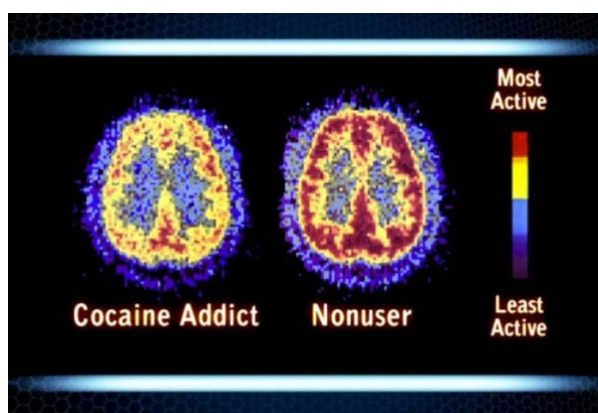


импульсивное сексуальное поведение. При осмотре отмечается бледность лица, расширение зрачков, тахикардия, повышение АД, насморк и кашель. Эйфоризирующий эффект непродолжителен (40-60 мин), повышенное настроение исчезает и может возникнуть глубокая депрессия, которая иногда становится причиной самоубийств.

Физические компоненты абстиненции не выражены (утомление, расстройства сна). Психическая зависимость очень сильна и может развиваться даже после однократного приёма кокаина. Смерть от передозировки бывает крайне редко.

Хроническое употребление кокаина может приводить к формированию бредовых психозов, тактильных галлюцинозов и т.д.

Кокаин в моче обнаруживают в течение 6–8 ч после приема, метаболиты кокаина – 2–3 дней.



КЛИНИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОКАИНА

ПЕРЕДОЗИРОВКА КОКАИНОМ, ПСИХОЗЫ

При употреблении высоких доз, особенно внутривенно, могут развиваться психотические расстройства. Развиваясь, как правило, с острого приступа бреда преследования, кокаиновый делирий (F14.4) сопровождается тактильными, слуховыми, реже зрительными галлюцинациями, а также повышенной агрессивностью, особенно по отношению к предметам (стеклам, зеркалам).

Характерной особенностью кокаинового делирия является сохраненная ориентировка в собственной личности при дезориентировке в месте и времени. Делирий является одним из самых серьезных психических осложнений кокаиновой зависимости. В случае возникновения кокаинового делирия высока вероятность **внезапной смерти**.

ЛИЧНОСТЬ

Амнестический синдром вследствие употребления кокаина

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.

20



При кокаиновой зависимости описывается особый вид амнестических нарушений - так называемый кокаиновый паралич, по своей структуре напоминающий прогрессирующий паралич больных сифилисом. Для этих состояний характерны пышный бред величия, повышенное настроение, суетливость на фоне выраженного слабоумия. Возможно возникновение кокаиновой эпилепсии.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ КАННАБИОИДОВ

При употреблении небольших количеств конопли резкой перемены в поведении обычно не происходит. При больших дозах наблюдаются расстройства внимания, нелепость поведения с неадекватным, безудержным смехом, болтливостью, стремлением к движению. Нарушается восприятие окружающего, возникает шум и звон в ушах, звуки и зрительные образы приобретают неестественную живость, вызывая интерес и восторг.

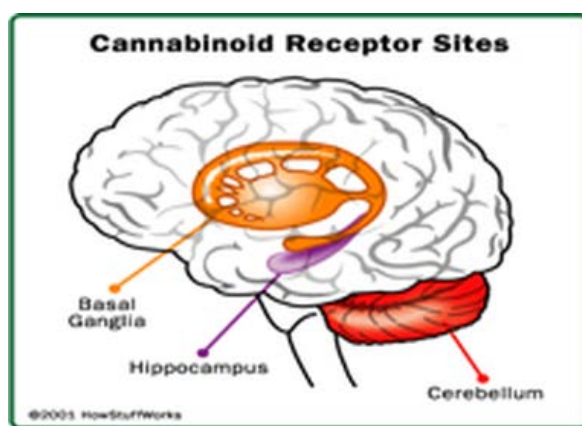
При осмотре: гиперемия лица, бледность носогубного треугольника, инъектированность конъюнктивы, увеличение ЧСС, сухость во рту.

При употреблении высоких доз могут возникать шизофреноподобные психозы, которые купируются в течение 3-5 дней.

Физическая зависимость от каннабиноидов выражена слабо. Психическая – может быть достаточно выражена.

При хроническом употреблении наблюдается деградация личности, утрата интереса к окружающему, безынициативность, пассивность, снижаются интеллектуальные способности.

Для зависимости от каннабиноидов не характерен рост толерантности и смерть от передозировок.



Тетрагидроканабинол (ТГК) - неполный агонист каннабиноидных рецепторов CB1, при стимуляции последних происходит высвобождение ДА, ГАМК в системе вознаграждения



ДИАГНОСТИКА КАННАБИНОИДОВ

СКРИНИНГ

Наркотическая интоксикация либо факт употребления наркотиков могут быть установлены путем обнаружения в биологических жидкостях (крови, моче, слюне) каннабиноидов или их метаболитов: при единственном употреблении - в течение 3 дней, умеренном употреблении - 4 дней, тяжелом употреблении (ежедневном) - 10 дней, хроническом массивном употреблении - до 36 дней.

Токсикологическое исследование включает тест для иммунологического полуколичественного определения метаболитов каннабиса (марихуаны) в моче.

ПЕРЕДОЗИРОВКА

Передозировка каннабиноидами

Острые токсические психозы возникают при употреблении высоких доз каннабиноидов (передозировке). Психотическое состояние характеризуется психомоторным возбуждением, дезориентацией, дереализацией и деперсонализацией, паникой, страхом, наличием зрительных, реже слуховых галлюцинаций, а также бредовых идей преследования. Продолжительность острых психозов, вызванных употреблением каннабиноидов, - от нескольких часов до 2 сут. В отдельных случаях передозировка препаратами конопли может приводить к коме.

Передозировки при употреблении спайса бывают значительно чаще, чем при употреблении природных каннабиноидов. Усиливается общая заторможенность, нарушается сознание, развивается сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность. Типичная клиническая картина: тошнота, рвота, судорожные подергивания переходят в судороги, высокое давление, учащенное сердцебиение, гиперемия сменяется резкой бледностью, появляется головокружение, может развиваться нарколепсия; с усилением сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности увеличивается риск развития коматозного состояния.

ПСИХОЗЫ И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

ПСИХОЗЫ

Выделяют несколько форм психотических состояний:

- гашишные психозы вследствие передозировки каннабиноидов
- гашишные психозы как осложнение абстинентного синдрома;
- спровоцированные употреблением каннабиноидов дебюты шизофрении.

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

При длительном употреблении препаратов конопли, как правило, развивается так называемый *амотивационный синдром*, который проявляется апатией, пассивностью, снижением уровня побуждений, неспособностью заниматься деятельностью, требующей сосредоточенности и внимания. Снижаются интеллектуальные способности, ослабевает память; психическая и физическая истощаемость становятся практически постоянным признаком. Больные становятся вялыми, пассивными, апатичными, замкнутыми, угрюмыми.

На II-III стадии заболевания формируется органическая деменция. Различают эротическую (псевдопаралитическую) и торпидную (шизоформную) энцефалопатию. Особенно заметны ослабление памяти, заторможенность реакций, утрата способности к сосредоточению и расстройство логического мышления, внешне выражающееся в бессвязной спутанной речи с большим количеством повторов и перескоков. Однако нарушения поведения не столь значительны, как при алкогольной или опийной зависимости. Поскольку употребление каннабиноидов не вызывает необратимых изменений в коре головного мозга, все симптомы так называемого гашишного слабоумия обычно исчезают после нескольких месяцев (или лет) воздержания от употребления препаратов конопли.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ «СПАЙС»

Синтетические каннабиноиды типа JWH-018 являются полными агонистами рецепторов CB1 и их действие сильнее, чем у ТГК. Опьянение наступает быстрее и может держаться от 2-3 часов (JWH-018) до 5-6 часов (CP-47- циклогексилфенол). В клинике доминирует гиперсимпатикотония, нарушения походки, дезориентация, возбуждение с агрессией или заторможенность с сонливостью. Чаще наблюдаются галлюцинации и судорожный синдром. Синдром зависимости связан с ростом потребляемой дозы, сильной тягой, постоянным употреблением и формированием синдрома отмены. Из осложнений – нарушения памяти, рост онкопатологии (связь JWH с CB2-иммуносупрессия) и психических расстройств за счет стимулирования развития шизофрении

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

Психостимуляторы - препараты, которые непосредственно стимулируют нервную систему. В отличие от других видов наркоманий, для наркомании психостимуляторами характерна перемежающаяся форма приема препарата, когда периоды систематического приема (обычно



многодневные) сменяются периодами воздержания из-за невозможности дальнейшего употребления наркотика.

Выделяют несколько групп психостимуляторов.

- Основные амфетамины: фенамин, декстроамфетамин, метамфетамин, метилфенидат, пемолин.
- Связанные вещества: эфедрин, фенилпропаноламин, меткатинон.
- Заменители амфетаминов.
- Самодельные препараты: эфедрон, первитин.

В 2014 г. в России показатель общей заболеваемости зависимостью от психостимуляторов составил 9647 человек, или 3,0 на 100 тыс. населения (6,6% в структуре общей заболеваемости наркоманиями)

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ ГАЛЛЮЦИНОГЕНАМИ

Галлюциногены - это препараты, которые вызывают иллюзии, галлюцинации и бред. Они отличаются от других разновидностей ПАВ способностью изменять восприятие, мышление, настроение. Тем не менее галлюциногены (психоделики, психомиметики) - не вполне удачное обозначение группы веществ, насчитывающей свыше 100 природных и синтетических препаратов. Более точный термин, характеризующий их, - «наркотики, изменяющие сознание», так как они могут не вызывать галлюцинаций, а исказить самоощущение человека.

К ним относятся ЛСД, псилоцибин, мескалин (серотонинэргические), MDA, MDMA (экстази), Амфетамин (Метилловые амфетамины), Скополамин, Атропин, Тригексифенидил (Циклодол) (Антихолинэргические). Фенциклидин, кетамин (Диссоциативные анестетики)

Распространенность зависимости от галлюциногенов невелика. Развивается благодаря психоделическому движению в современной культуре. Психологическая привлекательность употребления галлюциногенов заключается в том, что в состоянии интоксикации у человека обостряется восприятие мира, возникают необычные, ранее не испытанные чувства, оживляются воспоминания далекого прошлого, нередко происходит отреагирование прежних психических травм.



КЛИНИКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ

СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ

Формирование синдрома зависимости несколько отличается от других видов зависимости. Психическая зависимость может сформироваться быстро (антихолинергические препараты, диссоциативные анестетики), а может формироваться достаточно длительно (ЛСД), при употреблении некоторых растительных серотонинергических галлюциногенов (псилоцибина, мескалина) формирование синдрома зависимости не описано.

Патологическое влечение к некоторым галлюциногенам (ЛСД, фенциклидину) формируется иногда уже после нескольких инъекций. Но возможно эпизодическое введение наркотиков в течение года и более.

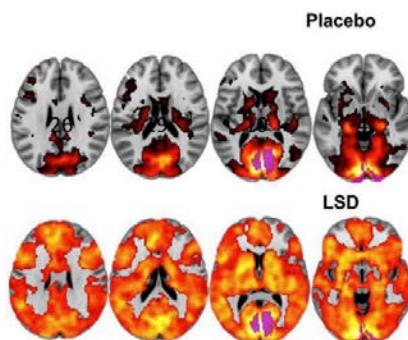
Физическая зависимость при употреблении галлюциногенов проявляется в виде нерезких соматовегетативных нарушений.

Многие лица, употребляющие серотонинергические галлюциногены, самостоятельно прекращают употребление через какое-то время. Но у определенной части больных развивается тяжелый синдром зависимости с ростом толерантности, медико-социальными последствиями.

Антихолинергические и диссоциативные галлюциногены отличаются тем, что при даже еще формирующемся заболевании могут проявиться последствия употребления ПАВ - грубые психоорганические расстройства вследствие перенесенных психотических состояний.

Абстинентный синдром при употреблении ЛСД, псилоцибина и мескалина, кетамина, фенциклидина, по данным большинства исследователей, отсутствует. В отдельных случаях при длительном, систематическом употреблении могут встречаться нарушения сна, вегетативная дисфункция, общий дискомфорт продолжительностью 7-10 дней, переходящие в выраженное астенопатическое состояние.

МОЗГ ЧЕЛОВЕКА ПОД ЛСД ВПЕРВЫЕ РАССМОТРЕЛИ В МРТ



Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

2019 год.



В целом активность нейронов под действием ЛСД резко возросла и становилась более однородной по всему мозгу, усиливались связи между областями, которые обычно работают более или менее независимо.

Усложнение нейронных сетей головного мозга, усиление специализации его областей и укрепление связей между ними происходят по мере взросления и созревания. Поэтому активность мозга человека под ЛСД авторы сравнивают с работой мозга младенца.

Усиление связей между областями мозга, которые обычно работают независимо, видимо, лежит и в основе ярких галлюцинаций, сопровождающих прием ЛСД.

Существенные изменения под влиянием ЛСД наблюдались в работе сети пассивного режима работы мозга (Default Mode Network, DMN)

ПРИНЦИПЫ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ ОТ ПАВ

(Kleber, 2003)

- Агонисты (*Метадон*)
- Антагонисты (*Дисульфирам, Антаксон, Налмефен* и др.)
- Детоксикационная терапия
- Вещества, подавляющие влечение (anti craving) – *нейролептики, антиконвульсанты*
- Лечение коморбидных расстройств (*антидепрессанты, транквилизаторы* и др.)

КОНТОЛИРУЕМОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ С НАЛМЕФЕНОМ

Стратегия снижения потребления алкоголя как новая возможность в терапии алкогольной зависимости



Т.В. Агибалова, Д.И. Шустов, О.Д. Тучина, А.А. Мухин, Г.Л. Гуревич Социальная и клиническая психиатрия 2015, т. 25 № 3

Программа «Транзактный Анализ в клинической практике».

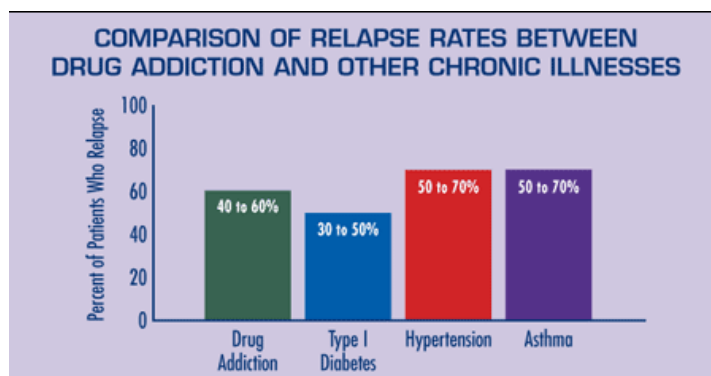
Лекция 14. Этапы психотерапии аддиктивного клиента. Зависимость от психоактивных веществ

© Шустов Дмитрий Иванович, TSTA (P) доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии РязГМУ

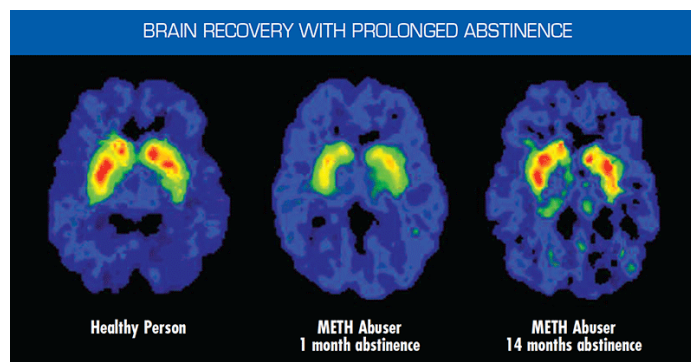
2019 год.



СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ОБОСТРЕНИЙ (СРЫВОВ) НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ И СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



ВОССТАНОВЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ МОЗГА ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ МЕТАМФЕТАМИНОВ



ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ ОТ ПАВ

- Гипносуггестивная и условнорефлекторная психотерапия (апоморфин и др.)
- Эмоционально-стрессовые методики (кодирование по методу Довженко А.Р.)
- Терапия в сообществах (анонимные алкоголики, наркоманы, 12-ти шаговые программы)