**Содержание**

Введение

. Влияние алкоголя на организм человека

.1 Стадии алкоголизма

.2 Методы лечения алкоголизма

Наркотическая зависимость человека и методы лечения.

Токсическая зависимость

.1 Стадии токсикомании

.2 Последствия хронической интоксикации

.3 Методы лечения токсикомании

Список использованный источников

**Введение**

По определению Всемирной Организации Здравоохранения зависимость (нарко и токсикомания) - это состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое употреблением естественного или синтетического вещества, характеризующееся следующими признаками:

овладевающее желание (обсессия) или неодолимое влечение (компульсия) продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями,

тенденция увеличивать дозу (рост толерантности),

возникновение личных или социальных проблем, обусловленных злоупотреблением.

К психоактивным средствам относятся: алкоголь, производные опия, каннабис (гашиш), седативные и снотворные средства, кокаин, стимуляторы ЦНС, включая кофеин, галлюциногены, табак, летучие растворители. В Российской психиатрии традиционно зависимость от алкоголя и табака не относится к нарко- и токсикоманиям.

В данной работе будет рассказываться о влиянии алкоголя, наркотических и токсических веществ на организм человека. Контрольная работа состоит из трех глав. В первой главе речь идет о влиянии алкоголя на организм человека, рассматриваются стадии алкоголизма, и предложены методы лечения. Во второй главе рассказывается наркотическая зависимость и также предложены методы лечения. Третья глава подразделяется на три части, где рассмотрены стадии токсикомании, последствия хронической интоксикации, а также методы лечения.

**1. Влияние алкоголя на организм человека**

Алкоголизм(хронический алкоголизм, хроническая алкогольная интоксикация, алкогольная болезнь, алкогольная токсикомания, этилизм) - прогредиентное заболевание, характеризующееся патологическим влечением к спиртным напиткам, развитием абстинентного (похмельного) синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях - стойких соматоневрологических расстройств и психической деградации.

Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что в экономически развитых странах алкоголизмом поражено от 1 до 10% взрослого населения. В последние годы рост потребления спиртных напитков и рост алкоголизм наблюдаются и в развивающихся странах.

По данным официальной статистики**,** в Англии 70% самоубийств совершается в состоянии опьянения; частота самоубийств среди алкоголиков в 8-10 раз выше, чем среди непьющих.

Возникающие при опьянении нарушения равновесия, внимания, ясности восприятия окружающего, координации движений часто становятся причиной несчастных случаев. По официальным статистическим данным, в США ежегодно регистрируется 400 тысяч травм, происшедших в состоянии опьянения. До сравнительно недавнего времени в Москве до 30% поступивших с тяжелыми травмами в больницы составляли лица, получившие их в состоянии опьянения. В современных условиях количество таких случаев уменьшается.

Нарушение обмена витаминов (особенно группы В), а также непосредственное токсическое действие алкоголя обусловливают поражения периферической нервной системы, проявляющиеся в виде невритов, полиневропатий и других расстройств. Наблюдаемое при хроническом алкоголизме дрожание пальцев рук, век, кончика языка (особенно по утрам до приема алкоголя) может лишать человека возможности выполнять привычную работу. Почти у всех пьющих отмечаются расстройства вегетативной нервной системы (сильная потливость, похолодание кистей и др.). У длительно пьющих нередко наблюдается снижение остроты зрения, ослабление реакции зрачков на свет; в отдельных случаях снижаются слух и обоняние.

Воздействие алкоголя на слизистую оболочку желудка выражается в нарушении всех его функций, развитии хронического алкогольного гастрита, обычно сопровождающегося значительным падением кислотности желудочного сока или ее полным отсутствием. Чем продолжительнее алкоголизм, тем более тяжелые изменения развиваются в слизистой оболочке желудка.

Особенно пагубно влияние алкоголизма на печень; при длительном употреблении алкоголя развиваются хронический гепатит и цирроз печени. Алкоголизм - одна из частых причин заболеваний поджелудочной железы (панкреатита). Нередкой причиной смерти при алкоголизме, наряду с травмой, является сердечная или мозговая катастрофа. Алкоголь вызывает (в том числе и у лиц молодого возраста) нарушения регуляции тонуса сосудов, сердечного ритма, обмена в тканях сердца и мозга, необратимые изменения клеток этих тканей. Следствием таких нарушений могут быть остановка сердца, отек мозга. Гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и другие поражения сердечнососудистой системы у злоупотребляющих алкоголем почти вдвое чаще приводят к смерти, чем у непьющих. Кроме того, у лиц, злоупотребляющих алкоголем, возможно развитие алкогольной миокардиопатии, которая также может быть причиной смерти. Почти половина случаев внезапной смерти от заболеваний сердца - следствие алкоголизма и пьянства.

Алкоголь оказывает вредное влияние на железы внутренней секреции, и в первую очередь на половые железы; снижение половой функции наблюдается у 1/3 лиц, злоупотребляющих алкоголем, и у больных хроническим алкоголизмом. Вследствие "алкогольной импотенции" у мужчин легко возникают различные функциональные нарушения центральной нервной системы (неврозы, реактивные депрессии и т. д.). У женщин под влиянием алкоголя рано прекращаются менструации, снижается способность к деторождению, развивается бесплодие, чаще наблюдаются токсикозы беременных, выкидыши.

Систематическое употребление алкоголя приводит к преждевременной старости и инвалидности; продолжительность жизни лиц, склонных к пьянству, на 15-20 лет короче среднестатистической.

Алкоголизм существенно влияет на структуру смертности населения. Главными причинами смерти мужчин, злоупотребляющих алкоголем, являются травмы, несчастные случаи. Повышенная подверженность несчастным случаям, травмам, заболеваниям приводит к высокой общей заболеваемости злоупотребляющих алкоголем и особенно к заболеваемости с временной утратой трудоспособности, которая в 2 раза и более превышает средний уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Снижение интеллектуального и морального уровня**,** вытеснение всех интересов и постоянное стремление к употреблению алкоголя, замена социального окружения на новое, более соответствующее стремлению пьющего (ослабляются связи с друзьями семьи и товарищами по работе, зато возникают сомнительные знакомства с лицами, склонными к случайным заработкам, хищениям, мошенничеству, подлогам, воровству, грабежу и пьянству) приводят к тому, что ведущим мотивом поведения становится получение средств для приобретения спиртных напитков. Под влиянием этого мотива пьющий способен на унижение, разорение собственной семьи и даже на преступление.

Алкоголизм формируется постепенно на фоне достаточно продолжительного злоупотребления спиртными напитками, всегда сопровождается многообразными социальными последствиями, неблагоприятными как для самого больного, так и для общества. Это связано, прежде всего, с психотропным действием алкоголя и вызываемым им состоянием опьянения.

Алкоголизм представляет собой сложный комплекс, звенья которого пока что мало изучены. В развитии алкоголизма наряду со специфическим действием алкоголя важную роль играют три группы факторов: социальные, психологические, индивидуально-психологические.

В каждом конкретном случае их соотношение неодинаково. При прочих равных условиях наибольшее влияние оказывает ближайшее социальное окружение. Среди психологических особенностей первое место занимают способность личности к адаптации, способность противостоять стрессам.

Изменения влечений, мотиваций, эмоционального состояния, вегетативных функций, а также возникновение психопатологических состояний дают основание думать о том, что основное место в патогенетических механизмах алкоголизма принадлежит нарушениям функций центральной нервной системы. Накоплен клинический и экспериментальный опыт, показывающий, что многие психофармакологические препараты, воздействующие на обмен и функции биогенных аминов, по разному влияют на эффекты алкоголя, влечение к нему и абстинентный синдром.

Получены данные, свидетельствующие о существенной роли нарушений функций катехоламиновой и особенно дофаминовой систем организма в патогенезе ведущих проявлений алкоголизма. Установленные сдвиги обмена катехоламинов могут иметь связь с образованием морфиноподобных веществ и изменением функций эндогенных опиатных образований. Несомненно, многие иные эффекты алкоголя, в частности его влияние на другие нейромедиаторы и ферменты, окислительные процессы в мозгу, синтез белков, сосудистую систему и т.д., также имеют значение в формировании алкоголизма. В последние годы получены данные о роли наследственности в развитии алкоголизма.

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что на успех терапии оказывает влияние ряд факторов, среди которых наиболее важными являются преморбидная структура личности, положительные социальные установки, отсутствие черт социальной деградации и возможность привлечения к активному участию в лечении близких больного.

**1.1 Стадии алкоголизма**

Существующие классификации алкоголизма можно разделить на два типа. В первом случае основой является клиника алкогольного заболевания, во втором - различные социальные, психологические, даже экономические и лишь отчасти клинические критерии. В России принят первый тип классификации. А.А.Портновым и И.Н.Пятницкой (1971) весь "длинник" алкоголизма был разделен на три стадии, последовательно сменяющих одна другую:- начальная (неврастеническая);- средняя (наркоманическая);- исходная (энцефалопатическая).

В I стадии алкоголизма психическая зависимость от алкоголя проявляется в форме влечения к спиртным напиткам обсессивного (навязчивого) характера, ведущего к утрате количественного контроля выпитого алкоголя. Отмечаются растущая алкогольная толерантность к спиртным напиткам, алкогольные палимпсесты и переход от периодического пьянства к систематическому.

Во II стадии появляется новый вид расстройств - физическая зависимость от алкоголя с компульсивным влечением (непреодолимое влечение, возникающее вопреки воле, разуму, чувствам и связанное с навязчивостями в двигательной сфере) к спиртным напиткам и комплексом соматовегетативных абстинентных расстройств. Измененная реактивность к алкоголю проявляется максимальной толерантностью к спиртным напиткам, изменением формы опьянения, амнезией опьянения, систематическим употреблением алкоголя по типу псевдозапоев. Выявляются патохарактерологические девиации (отклонения), черты деградации личности. Возникают патологические изменения со стороны внутренних органов. Могут развиться алкогольные психозы.

В III стадии влечение к алкоголю приобретает компульсивно-овладевающий характер. Абстинентный синдром утяжеляется. Утрачивается ситуационный контроль. Важным признаком является снижение толерантности к алкоголю. Развивается алкогольная деменция. Соматические осложнения становятся тяжелыми. Нередко возникают алкогольные психозы.

Прогрессирование, прогредиентность (развитие психической болезни с нарастанием позитивных и негативных симптомов) алкоголизма являются одним из самых надежных критериев разделения на различные формы (варианты) течения заболевания. Обычно выделяются три формы течения алкоголизм, характеризующиеся высокой, средней и малой степенью прогредиентности.

В последние десятилетия предприняты попытки установить связь темпа прогредиентности алкоголизма с влиянием различных факторов:

возраст начала злоупотребления алкоголем

пол

преморбидные особенности личности;

перенесенные в прошлом или сопутствующие алкоголизму соматические заболевания

вид употребляемых спиртных напитков и др.

Было обнаружено, что алкоголизм более благоприятно протекает у больных с астеническим и стеническим типом личности и менее благоприятно - у больных с истерическими личностными особенностями. Высокий темп прогредиентности коррелирует с тенденцией к периодической форме злоупотребления алкоголем. Отмечено, что при так называемом винном алкоголизме прогредиентность ниже, чем при преимущественном злоупотреблении крепкими спиртными напитками.

Продолжительность первой стадии алкоголизма бывает различной, но чаще всего от 1 года до 6 лет. Длительность II стадии примерно в 60% случаев составляет менее 10 лет, в остальных - от 10 до 15 лет.

**1.2 Методы лечения алкоголизма**

В лечении нуждаются все больные алкоголизмом, даже с начальными его проявлениями. На первой стадии оно может проводиться в амбулаторных или полустационарных условиях, если только больной не нуждается в изоляции от неблагоприятного окружения.

В настоящее время установлены общие положения антиалкогольного лечения:

непрерывность и длительность антиалкогольной терапии

максимальная дифференциация лечения в зависимости от клинических и микросоциальных факторов

ориентация больных только на полное воздержание от алкоголя

поэтапность и преемственность лечебных мероприятий.

Разработана схема лечения, которая включает в себя несколько этапов.

Главной задачей первого (начального) этапа являются прерывание злоупотребления алкоголем и особенно купирование абстинентных расстройств, клиническое обследование больного, а также установление психотерапевтического контакта с больным и его ближайшим окружением.

Второй этап включает в себя проведение различных форм активного антиалкогольного лечения с целью выработки отвращения к спиртным напиткам и стойкого подавления патологического влечения к алкоголю. Третий этап - поддерживающее амбулаторное лечение во время ремиссий с целью предотвращения рецидива.

На начальном этапе цель терапии -купировать алкогольные эксцессы, абстинентные симптомы и нормализовать соматическое состояние больных. Для этого широко используются витамины и дезинтоксикационная терапия.

Витаминотерапия используется для нормализации окислительно-восстановительных процессов и антитоксических функций печени, а также с целью компенсации вторичного гиповитаминоза. Наиболее употребительны следующие витамины: В1, В6, РР, С.

Для дезинтоксикации используются тиоловые препараты (унитиол, тиосульфат натрия), гипертонические, изотонические и плазмозамещающие растворы и др.

Апоморфин в малых (субрвотных) дозах в капсулах был предложен как средство, подавляющее патологическое влечение к алкоголю и купирующее аффективные и вегетативные расстройства в период абстиненции. Его действие основано на антогонизме с дофамином.

Психотропные средства оказывают седативное действие в период абстиненции и отчасти способны уменьшать патологическое влечение к алкоголю.

Большинство отечественных и иностранных психиатров считают необходимым и обязательным условием лечения алкоголизма проведение амбулаторного поддерживающего и противорецидивного медикаментозного лечения.

К активной терапии относят условно-рефлекторную терапию (УРТ), сенсибилизирующие средства и психотропные средства. При УРТ в качестве подкрепления используются различные рвотные средства: апоморфин, эметин.

Сенсибилизирующие средства используются для создания "химического барьера", делающего физически невозможным прием алкоголя. Данный метод лечения больных алкоголизм впервые был предложен О. Mastensen-Larsen (1948), E.Jacobson (1950).

Основная цель назначения психотропных средств заключается в нормализации имеющихся у многих больных эмоционально-волевых расстройств, коррекции поведения и, в конечном счете, подавлении первичного патологического влечения к алкоголю. Оценка имеющихся у данного больного неврозоподобных и психопатоподобных расстройств (астенических, аффективных, тревожно-фобических, истерических, сверхценных, паранойяльных и т.д.) очень важна для выбора психотропного препарата.

В комплекс активной антиалкогольной терапии входит также ряд немедикаментозных методов - иглорефлексотерапия и микроволновая резонансная терапия (МРТ), а также различные виды психотерапии.

Эффективность лечения алкоголизма зависит от внебольничного амбулаторного наблюдения и поддерживающей терапии (Г.В.Морозов, 1988). Это - обязательный этап лечения, обеспечивающий предотвращение рецидивов. Длительность поддерживающей терапии при современных методах лечения - до 5 лет.

На этом этапе проводится общеукрепляющее и симптоматическое лечение, назначаются психотропные препараты, УРТ, психотерапия, поддерживающее противорецидивное лечение сенсибилизирующими к алкоголю средствами.

В последние несколько лет в России начало интенсивно развиваться направление, называемое "Программа 12 шагов". Это направление основано на принципах движения "Анонимные алкоголики", которое появилось в США более полувека назад. В этой программе основной расчет сделан на взаимопомощь больных, групповую и индивидуальную психотерапию, ориентированную на духовное, эмоциональное и интеллектуальное развитие больного, а также на предоставление пациентам полной и логически взаимосвязанной информации о природе и механизмах формирования и развития алкогольной зависимости, об этапах и условиях выздоровления и т.п. Программа завершается словами: "Наша основная цель остаться трезвенниками и помочь другим алкоголикам обрести здоровый и трезвый образ жизни".

**2. Наркотическая зависимость**

Человека можно считать зависимым от наркотика, если для него становится трудно или даже невозможно прекратить прием наркотика без посторонней помощи, после того, как наркотик регулярно принимался в течение какого-то времени. Зависимость может быть физической или психологической, или той и другой одновременно.

В случае физической зависимости, когда прием наркотика или алкоголя прекращается, человек чувствует себя больным. Например, если человек, регулярно принимавший в течение какого-то времени препараты опиума, прекращает их принимать, может произойти следующее: у него появляются боли в мышцах, спазмы в животе, рвота, диарея, обильный пот, насморк, слезоточивость, бессонница. Человек, у которого сформировалась физическая зависимость от алкоголя или снотворных таблеток, при их отмене ощущает симптомы, включающие зябкость, лихорадку, страхи, раздражительность, спутанность, проявляет агрессивное поведение, конвульсии. Чем больше принимаемая доза, тем более тяжелыми оказываются симптомы.

Признаки и симптомы, которые возникают после прекращения приема наркотика, называются "болезнью отмены". К наркотикам, способным вызвать "болезнь отмены", относятся седативные наркотики (включая алкоголь) и опиаты. Большинство других наркотиков вызывают более мягкие симптомы во время отмены (например, изменение частоты сердечных сокращений или кровяного давления), но эмоциональные и поведенческие симптомы могут быть интенсивными (нарушение сна, раздражительность, трудности в работе или концентрации внимания). Эти симптомы могут продолжаться несколько недель или даже месяцев, но можно ожидать, что они исчезнут в течение года, если прием наркотика не возобновится.

В случае психологической зависимости человек, который регулярно принимал наркотики, испытывает сильное желание продолжать прием. При прекращении приема человек становится тревожным, раздражительным, беспокойным, возможны депрессии или нарушения сна. Эти проблемы могут исчезнуть после нескольких недель, но желание наркотика (иногда называемое страстным желанием) может возвращаться иногда даже через несколько лет.

В отношении большинства лиц, принимающих наркотики или алкоголь, невозможно провести четкую границу между психологической и физической зависимостью. Однако, полезно помнить, что лечение нацелено на два объекта. Первый заключается в том, чтобы прекратить или уменьшить потребление, а это может привести к "болезни отмены". Вторая цель - избежать рецидивов путем преодоления страстного желания и поиска других способов реагирования на психологическое и социальное давление.

Внешний вид и поведение человека в той или иной мере напоминает состояние алкогольного опьянения, но при отсутствии запаха алкоголя изо рта или при слабом запахе, не соответствующем состоянию; Изменение сознания: сужение, искажение, помрачение; Изменение настроения: беспричинное веселье, смешливость, болтливость, злобность, агрессивность, явно не соответствующие данной ситуации; Изменение двигательной активности: повышенная жестикуляция, избыточность движений, неусидчивость или обездвиженность, вялость, расслабленность, стремление к покою (независимо от ситуации); Изменение координации движений: их плавность, скорость, соразмерность (размашистость, резкость, неточность), неустойчивость при ходьбе, покачивание туловища даже в положении сидя (особенно явное при закрытых глазах), нарушенный почерк; Изменение цвета кожных покровов: бледность лица и всей кожи или, наоборот, покраснение лица и верхней части туловища; Блеск глаз; Сильно суженные или сильно расширенные зрачки, не реагирующие на свет; Изменение слюноотделения: повышенное слюноотделение или, наоборот, сухость во рту, сухость губ, осиплость голоса; Изменение речи: ее ускорение, подчеркнутая выразительность, или же замедленность, невнятность, нечеткость речи ("каша во рту").

При употреблении конопли - у наркомана расширены зрачки, красные глаза, покраснение губ, сухость во рту ("сушняк"). Наркоман подвижен, весь в движении. Речь ускоренная, торопливая. Очень верный признак- зверский аппетит, обычно на исходе опьянения.

При приеме опиатов - сонливость, в самые неподходящие моменты ("рубит"), может забыть о прикуренной сигарете и обжечься, либо выронить ее, периодически просыпается и сразу начинает принимать участие в разговоре. Речь наркомана медленная, он растягивает слова, может по несколько раз говорить об одном и том же. В этом состоянии он добродушен, спокоен, если ему ничего не мешает. Очень верный признак- зрачок, который необычно узкий, не реагирует на свет, т.е не расширяется ("севший зрак"). Кожа - бледная, но губы могут быть припухшими, покрасневшими. Сильно снижена болевая чувствительность. Общий признак- это нарушение режима сна и бодрствования (поздно ложиться и поздно встает).

При приеме психостимуляторов - наркоман необычайно оживлен, стремителен в действиях и решениях. Не может сидеть на одном месте. Очень быстро говорят, перескакивают с одной темы на другую. Расширенные зрачки. Быстро выполняют все дела. Если у наркомана есть наркотик или деньги на него, то он может находиться в таком состоянии несколько суток. Некоторые виды психостимуляторов сильно повышают половое желание наркомана, поэтому часто психостимуляторы употребляют вдвоем с женщиной. Наркоманы могут по несколько часов заниматься каким-то одним делом, к примеру убираться дома.

При приеме галлюциногенов - признаки вытекают из названия, разнообразные галлюцинации- визуальные, когда наркоману видятся разные животные- крысы, крокодилы, мухи, жуки, змеи, он может смотреть на пол и ему кажется, что там болото со змеями, из телевизора кто-то может с ним разговаривать и т.п., слуховые галлюцинации- когда наркоману слышаться голоса, что кто-то с ним говорит, наркоман может говорить с этим "кто-то". При длительном употреблении или при прекращении приема часто бывают депрессии, психозы.

При приеме снотворных препаратов - похоже на алкогольное опьянение. Речь невнятная, заплетающаяся. Бывает сухость во рту. Координация движений нарушена. При приеме некоторых снотворных препаратов в больших дозах могут быть - галлюцинации.

При приеме летучих наркотически действующих веществ - тоже напоминает алкогольное опьянение, шумное вызывающее поведение. От ребенка пахнет ацетоном, бензином, клеем "Момент". Часто бывают галлюцинации, из-за них подростки и начинают употреблять, галлюцинации они называют "мультиками".

Сейчас существует огромное колличество различных центров: коммерческих, государственных (ГНД), религиозных, центры основывающиеся на авторских методиках, центры - поселения наркоманов (подобия коммун), центры работающие по иностранным методикам, центры работающие на принципе терапевтических сообществ (Калифорнийская модель - 12 Шагов Анонимных наркоманов), много откровенных мошенников и шарлатанов (экстрасенсы, медиумы, народные целители: "Лечение наркомании и алкоголизма по фотографии..." и т.п.).

В основном все центры делают лишь одно - снимают физическую зависимость и после этого иногда бывает небольшой курс реабилитации наркомана: работа психологов, психотерапевтов, наркологов. Но снятие физической зависимости в деле лечения наркомана это лишь первый или даже нулевой шаг, основа это уменьшение психологической зависимости, уменьшение, т.к. наркоман всегда останется с этой психической зависимостью, потому что наркомания в каком-то смысле слова неизлечима.

Для того, чтобы придти к правильному выбору, необходимо иметь хотя бы элементарные представления о широко рекламируемых методах лечения наркомании. Только имея адекватную информацию, Вы сможете реально помочь себе или собственному ребенку. Описывать программу и методики, применяемые в платной медицине, всегда занятие неблагодарное и не совсем корректное. Кроме того, психиатры-наркологи далеко не всегда имеют достоверную информацию о происходящем в некоторых медицинских центрах, так как работающие в них коллеги в рекламных целях стараются создать вокруг себя ореол таинственности и всемогущества. Как правило, в серьезной специальной литературе такие методы не описываются.

Вот некоторые методы, которые используют сегодня:

) Метод Назаралиева

) Программа "Детокс"

3) Метод Маршака

4) Гемосорбция и "искусственная почка"

) Стереотаксическая операция на головном мозге

) Метадон

*7*) Этап дезинтоксикации и лечения депрессии

) Кодирование

) Психотерапия (Анонимные наркоманы)

) Семейная психотерапия

) Гипноз

) Опийные антагонисты

) Антидепрессанты

) Трамал и другие анальгетики

) Метаболическая терапия

) Успокоительные и снотворные препараты

) Противосудорожная терапия

18) Иглорефлексотерапия

алкоголизм наркомания токсикомания лечение

**3. Токсикомания**

Токсикомания **-** общее название болезней, проявляющихся во влечении к постоянному приему некоторых веществ и развитии в связи с этим хронической интоксикации (отравления организма).

Наиболее распространенной формой токсикомании является алкогольная, которая выражается в пристрастии к употреблению различных веществ, содержащих этиловый спирт. Этот продукт, попав в желудок, быстро поступает в кровь и разносится по всем органам. Наиболее чувствительной к его воздействию является центральная нервная система. В коре головного мозга нарушаются процессы торможения, что приводит к расстройству психической деятельности опьяневшего человека, к снижению его умственных способностей. Затрудняется координация движений. В результате воздействия алкоголя на вегетативную нервную систему нарушается работа внутренних органов: сердца, печени, поджелудочной железы. Токсикомания характеризуется ухудшением аппетита, нарушением сна, ослаблением памяти, понижением работоспособности, болезнями внутренних органов, общим истощением. Наступает физическая и социальная деградация личности. Тяжелые последствия алкогольной токсикомании сказываются на потомстве. Особенно пагубное влияние на развитие плода оказывает его зачатие в состоянии опьянения, а также употребление алкоголя во время беременности и кормления ребенка. Дети алкоголиков рождаются ослабленными, часто умственно отсталыми. Токсикомания может наступать и при применении других веществ, оказывающих воздействие на психическую деятельность человека. Во всех случаях возникают нарушения в генетической системе организма.

Чаще всего злоупотребление ингалянтами бывает групповым. Размеры группы различны-от 2-3 подростков до почти всего школьного класса или почти всех сверстников одного дома. Группа формируется по месту жительства (например, многоквартирный дом, микрорайон в городе) или по месту учебы. Именно в компаниях, злоупотребляющих ингалянтами, был описан феномен групповой психической зависимости.

Имеются также возрастные и половые особенности злоупотребления ингалянтами. Большинство начинают злоупотреблять в младшем или среднем подростковом возрасте (12-14 лет), иногда даже еще в 9-11 лет. Впоследствии большая часть прекращают ингаляции. Некоторые из них переходят к злоупотреблению алкоголем или другими токсическими веществами. Именно 'предпочтительным возрастом можно объяснить преобладание среди ингалирующихся школьников, а не учащихся профессионально-технических училищ.

Ингалянтами злоупотребляют мальчики. Девочки среди обследованных составили только около 3 %. Они примыкали к компаниям мальчиков или, реже, вдыхали ингалянты в своих однополых группах

Мотивацией злоупотребления чаще всего служит любопытство, желание испытать неизведанные переживания и ощущения, а также конформность со "своей" группой сверстников. Изобилие свободного времени, неумение себя чем-либо занять, скука являются предрасполагающими факторами. К ним можно также отнести несостоятельность в учебе и связанные с ней прогулы от нежелания учиться, быть посмешищем в классе. Неблагополучие в семье установлено в 70 % .

Одной из предрасполагающих причин считается также недоступность алкоголя в младшем подростковом возрасте, особенно в связи с законами об ограничении его продажи.

Среди злоупотребляющих ингалянтами значительно чаще, чем в популяции, встречаются неустойчивый и эпилептоидный типы, и реже конформный, гипертимный и циклоидный типы. Возможно, конформные подростки в асоциальных компаниях склонны к патохарактерологическому формированию по неустойчивому типу. Тяготение к ингалянтам эпилептоидов может быть связано с тем, что эти вещества способны вызывать состояния, сходные с тяжелым алкогольным опьянением, дают возможность "отключаться». Гипертимы же отличаются активностью, общительностью и жизнерадостностью - ингалянты могут для них послужить лишь поводом для быстро проходящего любопытства.

Злоупотребление ингалянтами обычно идет рука об руку с социальной дезадаптацией. В Санкт-Петербурге до последнего времени почти 95 % злоупотреблявших выявляла милиция среди делинквентных подростков. Специально разработанная шкала высокого риска социальной дезадаптации при обследовании позволила обнаружить этот риск у 77 % злоупотреблявших по сравнению с 12 % среди учащихся профессионально-технических училищ, не замеченных в употреблении.

**3.1 Стадии токсикомании**

Высказывались предложения выделять 2 стадии токсикомании: на 1 стадии имеется только психическая зависимость, на II - появляется физическая зависимость. При этом под физической зависимостью подразумевали появление выраженных вегетативных нарушений после прекращения ингаляций (головная боль, бессонница, потливость, мышечный тремор, шаткость походки, аритмии сердечных сокращений), а также возникновение депрессии с дисфорией. Судя по описаниям, эти нарушения длятся в течение нескольких дней и постепенно сглаживаются или сразу могут быть купированы соответствующей ингаляцией. Нами наблюдались два случая, когда подростки отмечали, что через день-два после прекращения ингаляций, до этого регулярных и длительных, появлялись боли в мышцах, особенно плечевого пояса, ощущение дурноты, тоскливое настроение, и все это прекращалось после первой же ингаляции. Но третий подросток указывал, что боли в мышцах возникали еще до перерыва ингаляций, который он делал сознательно из-за этих болей и дурного самочувствия, а через 3-4 дня, когда боли проходили, ингаляции им возобновлялись.

Развитие физической зависимости не является общепризнанным - она отрицается, ставится под сомнение или. вопрос считается невыясненным. Депрессии и дисфории могут быть проявлением психической, а не физической зависимости. Вегетативные нарушения характерны для токсической энцефалопатии.

По нашему мнению, патогенез токсикоманий, вызванных ингалянтами, вряд ли сходен с патогенезом физической зависимости при хроническом алкоголизме и опийной наркомании. Алкоголь и опиоидные вещества (эндорфины) в небольшой концентрации содержатся в норме в здоровом организме улиц, никогда не злоупотреблявших ни спиртным, ни опиатами. Существуют специальные рецепторы, а также ферментативные и иммунные механизмы, участвующие в обмене и утилизации этих веществ. С ними в первую очередь связываются патогенетические механизмы физической зависимости. Токсические вещества, содержащиеся в ингалянтах, в норме в организме не содержатся. Они вызывают динамические нейромедиаторные и структурные изменения в нервных клетках.

Вероятно, патогенез токсикоманий при злоупотреблении ингалянтами скорее ближе к наркомании, вызванной гашишем. В обоих случаях может развиться выраженная психическая зависимость, а физическая зависимость отсутствует и вслед за 1 стадией при длительном злоупотреблении возникает сразу III стадия (по традиционной схеме развития алкоголизма и опийных наркоманий) с психоорганическим синдромом и токсической энцефалопатией.

**3.2 Последствия хронической интоксикации**

Хроническая интоксикация ингалянтами возникает, когда на протяжении ряда недель и даже месяцев ингаляции следуют одна за другой почти ежедневно. Ее развитие ускоряется, если ингаляции продолжаются по нескольку часов подряд или повторяются в течение 1 дня. Те же явления могут развиваться при более редких (1-2 раза в неделю), но в течение большего срока (несколько месяцев - год - два) злоупотреблениях.

Итогом хронической интоксикации становятся довольно стойкий психоорганический синдром и симптомы токсической энцефалопатии.

Подростки делаются менее сообразительными, медленнее и хуже ориентируются в окружающей обстановке, особенно в случаях, когда требуется быстрота реакции. На это обращают внимание их сверстники (на подростковом сленге о них говорят, что они "не секут", т. е. неспособны быстро учесть условия стремительно меняющейся обстановки). Резко падает способность усваивать новый учебный материал - это служит нередкой причиной того, что подростки бросают учебу, категорически отказываются от занятий и даже сбегают из дома и интернатов. У одних при этом преобладают нарастающая пассивность, вялость, медлительность, склонность держаться в стороне от сверстников, искать уединения, проводя время в безделье. У других выступают склонность к аффективным реакциям, злобность, драчливость, агрессия по малейшему поводу.

Психологическое обследование обнаруживает низкий интеллект (IQ== от 80 до 100 по методу Векслера). Но особенно выражены нарушения внимания - выявляются трудность сосредоточения, легкая отвлекаемость, неспособность долго удерживать внимание на чем-либо одном. Нарушается также кратковременная память, как механическая, так и оперативная.

Токсическая энцефалопатия проявляется рядом неврологических и вегетативных симптомов. Отмечаются спонтанный нистагм, пошатывание в позе Ромберга, легкий мышечный тремор, повышение сухожильных и снижение брюшных рефлексов, стойкий красный дермографизм. Подростки жалуются на головные боли, плохой сон, головокружения, повышенную потливость, иногда отмечают, что стало укачивать на транспорте. Может появиться своеобразный симптом, свидетельствующий об изменениях нервной трофики - белые полоски на ногтях, нечто вроде "паспорта токсикомана". На ЭЭГ регистрируют умеренные диффузные изменения. Повышается "судорожная готовность".

При интоксикации бензином психоорганический синдром и токсическая энцефалопатия особенно выражены. То же наблюдается при хронической интоксикации толуолом и гораздо в меньшей степени при злоупотреблении пятновыводителями.

В эксперименте на крысах была воспроизведена хроническая интоксикация бензином, толуолом, ацетоном и хлороформом путем ингаляций. Обнаружено сходное для них всех эпилептогенное действие-появление миоклонических судорог и эпилептической активности на ЭЭГ. Последнее, несомненно, подтверждает органическое поражение мозга, но следует учитывать, что у крыс судорожные реакции являются весьма распространенным ответом на разнообразные экзогенные вредности.

Резидуальные органические поражения головного мозга, предшествующие хронической интоксикации, облегчают формирование психоорганического синдрома и токсической энцефалопатии. По нашим данным, более чем у половины подростков в анамнезе были черепно-мозговые травмы различной степени, но развитие психоорганического синдрома началось только после хронической интоксикации ингалянтами. В 80 % отмечена задержка психомоторного развития в раннем детстве - позже обычного начинали ходить, говорить, долго не могли приобрести элементарные навыки самообслуживания, наблюдался энурез.

Для хронической интоксикации бензином характерно также поражение печени и почек. Может развиваться малокровие с лейкопенией.

При злоупотреблении пятновыводителями часто встречаются хронические бронхиты.

Отдаленные катамнезы свидетельствуют, что у тех, кто в подростковом возрасте злоупотреблял ингалянтами, в дальнейшем имеется высокий риск злокачественного течения хронического алкоголизма с быстрым развитием психической и физической зависимости от алкоголя и даже с психической деградацией.

Среди тех, кто будучи подростком был госпитализирован для обследования в связи с алкоголизацией, по данным 10летнего катамнеза, хронический алкоголизм сформировался лишь в 2 %

Зато среди тех, кто злоупотреблял ингалянтами, через 10 лет хронический алкоголизм был диагностирован в 36 % .

**.3 Метод лечения**

Закона об обязательном лечении токсикоманий в настоящее время не существует. Большинство злоупотребляющих Ингалянтами - дети и подростки до 16 лет, поэтому для их лечения требуется согласие родителей или заменяющих лиц, которое не всегда легко получить. Трудности возникают при отсутствии единого мнения между отцом и матерью.

После 16 лет нужно согласие самого подростка. Дается оно еще более неохотно, обычно под давлением инспекции по делам несовершеннолетних, которая настоятельно рекомендует подростку самостоятельно обратиться к наркологу. В противном случае в связи с тем, что злоупотребление ингалянтами обычно сочетается с делинквентным поведением, подростку угрожает специальное воспитательное учреждение.

При злоупотреблении ингалянтами без признаков зависимости обычно оказывается достаточным изолировать подростка от его асоциальной компании. В этих случаях злоупотребление прекращается.

Лечение необходимо при сформировавшихся токсикоманиях. Его следует проводить в стационарных условиях - прежде всего с той же целью изоляции от асоциальной компании и возможности строгого контроля за поведением.

Лечение складывается из дезинтоксикации, использования средств для подавления зависимости и терапии психоорганического синдрома.

Дезинтоксикация осуществляется с помощью обычных средств (глюкоза, натрия тиосульфат, мочегонные средства и т. п.), которые лучше вводить парентерально (особенно капельно внутривенно). В этих случаях, кроме дезинтоксикационного действия, добавляется психотерапевтический фактор, особенно для подростков младшего возраста, на которых подобная процедура производит впечатление как свидетельствующая о тяжести их отравления.

В качестве дезинтоксикационного средства иногда ранее использовались также инъекции сульфозина, вызывающего выраженную гипертермическую реакцию. Но подростки, особенно с признаками токсической энцефалопатии и психоорганического синдрома, переносят эту процедуру очень тяжело, обычно трактуют как наказание, и это еще более настраивает их против всякого лечения. С 1989 г. сульфозин изъят из числа лекарств, применяемых в нашей стране.

Купирование стертой абстиненции, в картине которой депрессия обычно занимает ведущее место, сводится к тому, что к дезинтоксикационным средствам можно добавить антидепрессанты с противотревожным действием (амитриптилин, пиразидол).

Психотропные средства предназначаются для нормализации поведения и подавления влечения к токсическому агенту. Эффективность лечения ими невысока. Малые дозы нередко недейственны, а большие вызывают побочные явления, которые обусловливают крайне негативное отношение к лечению у подростков. Использование циклодола в качестве корректора паркинсоноподобных нарушений нецелесообразно, так как этот препарат сам по себе служит для подростков одним из привлекательных средств, чтобы вызвать у себя галлюцинации.

Некоторые транквилизаторы также являются средствами, которыми подростки злоупотребляют, и не столько с целью успокоения и релаксации, сколько для того, чтобы усилить алкогольное опьянение при наличии малых количеств спиртного, а также как веществами, которые в больших дозах сами по себе могут вызывать своеобразное отупение с эйфорическим оттенком настроения ("балдеж" на сленге подростков).

Наиболее приемлемыми психотропными средствами, с учетом упомянутых оговорок, являются перициазин (неулептил) и тиоридазин (сонапакс, меллерил). Неулептил дают в каплях (1 капля 4 % раствора содержит 1 мг) по 5-10 мг 2-3 раза в день. После выписки из стационара его рекомендуется назначать 2 раза в день - после учебы и на ночь. Сонапакс применяют в таблетках в дозе 10-25 мг дважды или трижды в день. Вялость и сонливость обычно наблюдаются лишь в первые дни приема. К упомянутым средствам можно присоединять небольшие дозы антидепрессантов (амитриптилин или пиразидол по 25 мг утром и днем), а при склонности к дисфориямкарбамазепин (финлепсин, тегретол) по 0,2 на ночь.

Аверсионная терапия применялась в качестве попыток для подавления влечения к какому-либо ингалянту предлагалось сочетать действие его запаха с применением средств, вызывающих рвоту. Однако, лечение хронического алкоголизма, неподкрепляемые постоянно условные рефлексы отличаются нестойкостью. Кроме того, когда выработан условный рвотный рефлекс на запах одного ингалянта, которым злоупотреблял подросток, для него остается возможность перейти к другим ингалянтам с совершенно иным запахом.

В США пробовали к клею, ингаляциями которого злоупотребляли школьники, примешивать добавки с отталкивающим неприятным запахом - заметного эффекта это не дало.

Лечение психоорганического синдрома, кроме общеукрепляющих средств и витаминов, осуществляется посредством приема пирацетама (ноотропила)-по 0,4 3 раза в день. Эффект сказывается после длительного (недели, месяцы) лечения. Тем не менее, по данным психологических

обследований, постепенно улучшаются кратковременная память, способность концентрировать внимание.

При вялости, астении, апатии, малоподвижности и малоконтактности показаны ноотропы (пирацетам, ноотропил) и неспецифические стимуляторы: экстракт левзеи (по 20 капель 3 раза в день), настойка аралии (по 30 капель 3 раза в день), экстракт элеутерококка (по 20 капель 3 раза в день), а также синдокарб (по 5-10 мг утром и днем; на ночь не давать) или сиднофен (в той же дозе).

В случае преобладания в картине таких психоорганических расстройств, как дисфория, аффективная взрывчатость, агрессивность, кроме неулептила, может быть рекомендован карбамазепин (финлепсин) по 0,2 2-3 раза в день.

Психотерапия у злоупотребляющих ингалянтами подростков имеет весьма ограниченную эффективность. Безусловно, подросток непосредственно от врача должен услышать о всех возможных вредных последствиях для здоровья. Некоторые подростки не отдавали себе в этом отчета. Однако следует учитывать, что в среде многих асоциальных подростковых компаний субъективная цена собственного соматического здоровья бывает невысока и значительно уступает субъективной цене развлечений и удовольствий. Угроза психическому здоровью, перспектива стать слабоумным, потерять способность соображать, стать беспамятным производит большее впечатление, но нередко воспринимается с недоверием. В этих случаях полезны бывают наглядные примеры, особенно с демонстрацией результатов психологических исследований, обнаруживающих нарушения памяти и внимания у данного подростка в сопоставлении с благоприятными результатами, полученными у других его сверстников.

Наиболее действенными в отношении подавления влечения и психической зависимости оказываются конкурентные интересы и увлечения, если таковые удается найти и пробудить.

**Заключение**

Итак, подведем итоги и выделим несколько важных аспектов данной работы.

Алкоголизм - прогредиентное заболевание, характеризующееся патологическим влечением к спиртным напиткам, развитием абстинентного (похмельного) синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях - стойких соматоневрологических расстройств и психической деградации.

Алкоголизм представляет собой сложный комплекс, звенья которого пока что мало изучены. В развитии алкоголизма наряду со специфическим действием алкоголя важную роль играют три группы факторов: социальные, психологические, индивидуально-биологические.

Человека можно считать зависимым от наркотика, если для него становится трудно или даже невозможно прекратить прием наркотика без посторонней помощи, после того, как наркотик регулярно принимался в течение какого-то времени. Зависимость может быть физической или психологической, или той и другой одновременно.

Токсикомания **-** общее название болезней, проявляющихся во влечении к постоянному приему некоторых веществ и развитии в связи с этим хронической интоксикации (отравления организма).

Наиболее распространенной формой токсикомании является алкогольная, которая выражается в пристрастии к употреблению различных веществ, содержащих этиловый спирт.

Конечно, не стоит забывать, что наиболее действенными в отношении подавления влечения и психической зависимости оказываются конкурентные интересы и увлечения, если таковые удается найти и пробудить.

**Список использованных источников**

1) Куценко Г.И., Новиков Ю.В. Книга о здоровом образе жизни/ Куценко Г.И. - М., 1987. - 85 с.

**)** Вайнер Э.Н. -Липецк: Изд-во Липецкого гос.пед.инт-та

) Е.И. Донская Тематическое планирование по профилактике злоупотребления психоактивными веществами. - Великий Новгород, РЦРО, 2000 г.

) В.С. Рохлов Книга для учителя. Человек. -М, Просвещение, 2000 г.

5) www.orthomed.ru/ <http://www.orthomed.ru/> Православный медицинский сайт («Россия Православная»)

) www.dependence.ru/ <http://www.dependence.ru/> сайт «Зависимость»

) www.rt-online.ru/ <http://www.rt-online.ru/> Республика Татарстан. Общественно-политическая газета

) www.narko-net.ru <http://www.narko-net.ru> cайт «Свобода от наркотиков»