**Контрольная работа**

по предмету:

**«Психотерапия и наркология»**

на тему:

**«Изменения личности при алкоголизме»**

**Содержание**

Введение

Алкоголизм (синдром зависимости от алкоголя)

Изменения личности при алкоголизме

Заключение

Литература

**Введение**

Длительное систематическое употребление алкоголя рано или поздно ведет к алкогольной зависимости, поражению психики, нервной системы и внутренних органов.

Под хроническим алкоголизмом в настоящее время понимают заболевание, характеризующееся патологическим влечением к спиртным напиткам, развитием болезненных состояний при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях – стойкими расстройствами со стороны внутренних органов и нервной системы вплоть до психической деградации.

Алкоголизм чрезвычайно распространенная патология во всем мире и в нашей стране. В США в 1990 году алкоголизмом страдало 10,5 млн. американцев, а 7,2 млн. злоупотребляли алкоголем, но еще не проявляли алкогольной зависимости. Точную цифру страдающих алкоголизмом определить очень сложно, потому, как алкоголик не особенно старается заниматься своим лечением. Для оценки алкогольной ситуации используют такие показатели как употребление алкоголя на душу населения, в среднем по стране это 15 литров в пересчете на абсолютный алкоголь. Другой показатель – число алкогольных психозов, в 1994 году: 113,5 на 100 тыс. населения. Мужчины страдают алкогольной зависимостью гораздо чаще. Соотношение женщин и мужчин 1 : 6. Течение алкоголизма у женщин более неблагоприятное.

К симптомам алкоголизма относят: первичное влечение к алкоголю, утрату контроля – неудержимое влечение после употребления определенной дозы алкоголя, увеличение переносимости алкоголя, изменение картины опьянения, истинные запои, абстинентно-похмельный синдром, нарушение памяти, нарушения личности.

Первичное влечение к алкоголю - это потребность в приеме опьяняющей дозы спиртных напитков для достижения эйфории, получения необычных ощущений или с целью снятия субъективно неприятного психического состояния, обусловленного воздержанием от алкоголя. Называют это - мотивацией влечения. Первичное патологическое влечение к алкоголю актуализируется под воздействием разнообразных факторов: алкогольная ситуация, чувство голода, усталость, изменение настроения, напряженная ситуация, ситуация конфликта, предстоящая зарплата, изменение либидо.

К критериям выделения влечения к алкоголю относят такие признаки, как "насыщение" и удовлетворение потребности, "необязательность" этой потребности, возможность подавить ее собственными усилиями. Как рубеж перехода в патологию называют начало преобладания мотивации влечения, изменение деятельности, для достижения цели (эта деятельность становится конкурентной и начинает преобладать над другими потребностями, а удовлетворение потребности становится обязательным).

**Алкоголизм (синдром зависимости от алкоголя)**

***Стадии алкоголизма :***

Как любой процесс алкоголизм имеет свое начало, расцвет и исход.

Первая стадия алкоголизма – тяга к спиртному, начальные проявления похмельно-абстинентных расстройств (снижение контроля, рост толерантности), намечающееся снижение личности.

Вторая стадия – выраженный похмельно-абстинентный синдром и алкогольные изменения личности, алкогольные психозы (белая горячка, алкогольный галлюциноз).

Третья стадия – алкогольная деградация личности.

***Первичное влечение***

Первичное влечение возникает лишь при наличии ситуации, дающей повод для выпивки (семейные события, праздники, производственные мероприятия, эпизоды личной жизни). Внешние проявления влечения: инициатива в подготовке к выпивке, оживленное обсуждение предстоящего застолья, устранение возможных препятствий, приятные воспоминания о прошедших выпивках, оживление, подъем настроения, при появлении препятствий раздражение, неудовлетворенность.

Первичное влечение с борьбой мотивов: влечение возникает и вне определенной ситуации, осознается и переживается человеком. Мысль о выпивке занимает главенствующую роль, мешает работать, наблюдаются попытки избежать выпивки. Алкоголь употребляется без повода, часто в одиночку.

Первичное влечение без борьбы мотивов. Как и в предыдущем случае влечение возникает часто спонтанно, но зависимость не осознается. Возникающие ситуации способны предотвратить эксцесс.

При прогрессировании заболевания влечение приобретает характер неодолимости. Влечение настолько сильно, что приводит к немедленному употреблению алкоголя. Такое влечение сравнивают с голодом и жаждой.

Влечение на фоне психических расстройств (тревога, депрессия, раздражительность) с целью облегчить свое состояние.

***Симптом потери контроля***

Его открытию мы обязаны Мортону Джелинеку в 1960 году. Он описал как его товарищ-алкоголик звонил ему по телефону из бара и сообщал, что «сорвался», не в состоянии остановиться и просит забрать его оттуда. Потеря контроля это не просто бесконтрольное пьянство. Это момент, когда какое-то количество алкоголя включает цепную реакцию и больной не в состоянии остановиться, напивается, даже испытывая отвращение к спиртному. Человек теряет меру, начинает пить с целью быть навеселе, но начав не в состоянии остановиться. Доза после которой больной срывается называют критической. При отсутствии спиртного состояние хмуро-капризной напряженности, желание уйти туда, где можно напиться, готовность преодолеть любые преграды. В народе говорят «недопил» или «сколько водки не бери, второй раз бежать». Многие алкоголики знают свою критическую дозу и стараются не доходить до нее. На этом принципе основано так называемое кодирование на дозу.

***Повышение переносимости (толерантности)***

Переносимость алкоголя определяется не тем количеством алкоголя, которое может выпить человек, а тем, которое приводит его в состояние заметного, отчетливого алкогольного опьянения. Так деградирующий алкоголик может выпить очень много, но хмелеет уже от одного-двух глотков. Это важный критерий, однако толерантность зависит от:

* количества и качества закуски: натощак она ниже
* у неалкоголика толерантность от тренировки может подняться, но после достаточно длительной трезвости снижается
* от возраста: в зрелости выше чем в юности
* от степени душевного напряжения, чем выше напряжение, тем выше и толерантность

Высокая толерантность у алкоголика связана с обязательным желанием захмелеть, пренебрежительным отношением к слабоалкогольным напиткам. Для больного нужно сначала «поправиться», а уж «поправившись» захмелеть. В этом случае алкоголь поначалу улучшает функциональное состояние, придает силы и бодрость. Это уже переход на похмельно-абстинентный стиль жизни.

***Похмельно-абстинентный синдром***

Практически каждый употребляющий алкоголь человек пережил состояние похмелья. Это тягостное состояние отравления алкогольными шлаками после выпитой накануне большой дозы алкоголя. То, что наступает после хмельного состояния. Но если у неалкоголика развивается отравление, прежде всего, тошнота, жажда и слабость, то есть присутствует желание разбавить и нейтрализовать яд. Даже мысль об алкоголе неприятна. Но в жизни алкоголика наступает момент, когда плохое состояние, испытываемое после выпивки накануне удается снять повторным введением известной дозой алкоголя. Это состояние называют абстинентным. Абстиненция иначе воздержание – тягостное состояние, связанное с лишением чего-то привычного, в данном случае алкоголя, включенного в обмен веществ организма. На этапе формирования абстинентно-похмельного синдрома происходит преобразование отношений организма с алкоголем. Так если раньше организм защищался от алкоголя отторжением его, то теперь включает алкоголь в свои обменные процессы, с последующим алкогольным голодом по мере уменьшения в организме алкоголя. Отравление, конечно, тоже присутствует, но на первый план выходят совсем **другие симптомы:**

1. Своеобразные расстройства настроения

Больные повышенно пугливы, внутренне неуверенны, постоянно насторожены, склонны к реакциям страха и паники, преходящим идея отношения и преследования. Алкоголик напряжен, суетлив, порой мечется. Внешние проявления зачастую зависят от личностных особенностей. Он переживает чувство вины, раздражительность, злобность, придирчивость.

1. Расстройство сна

Алкоголик мучается поверхностным сном, с пугающими сновидениями. Он просыпается еще ночью или рано утром, когда уменьшилось количество алкоголя в организме и возник похмельный голод. Выпивает глоток из припрятанной бутылки и засыпает.

1. Тремор

Дрожание рук, языка. Наблюдается не всегда, но бывает настолько выражен, что больной даже не в состоянии напиться воды из чашки.

Помимо указанных симптомов могут быть: заикание и даже судорожные припадки, галлюцинации, тахикардия, потливость, покраснение лица, спазм сосудов сердца, повышение артериального давления, головная боль, тяжесть в голове, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, понос или запор, боль в животе.

***Истинные запои***

Запой – непрекращающееся пьянство в течении нескольких дней. У неалкоголиков псевдозапой, кончается с приездом жены из командировки или окончанием денег. У алкоголика в тяжелой абстиненции алкоголь смягчает состояние лишь на короткое время и больной вынужден выпивать снова и снова.

Критерии истинного запоя:

1. Выраженное похмелье не снимаемое «обычным» опохмелением
2. В запое алкоголик ни чего не ест, закусывает рукавом. Анекдот: – Сколько будем брать, две или три? – Бери две, вчера взяли три, одна осталась. – Дайте шесть бутылок водки и две конфеты.
3. Начало запоя связано с расстройством настроения, не важно есть на то причина или без видимой причины.
4. Заканчивается запой сам по себе, хотя вино еще есть. Больной не может больше пить, у него тяжелейшее отравление.

***Изменение картины опьянения***

Происходит сокращение периода эйфории в опьянении, появляются писихопатоподобные расстройства. Так если раньше в опьянении человек был весел, добродушен, то с развитием алкоголизма картина опьянения чаще меняется в агрессивную сторону. Пьяный алкоголик напряжен, зол, подозрителен, агрессивен, не спит, колобродит, лезет в драку, гоняет близких, хватается за нож, топор. Если и ранее опьянение было агрессивным, то это не имеет диагностического значения. Больной максимально демонстрирует свое личностное снижение, чего в трезвом виде еще нет. В опьянении звучит грубость, вульгарность, бестактность, цинизм не свойственные ранее.

При дальнейшем злоупотреблении алкоголем к соматическим и вегетососудистым нарушениям присоединяются статокинетические и психические расстройства, для облегчения или снятия которых формируется стойкая потребность в опохмелении. Потребность в опохмелении является вторым вариантом вторичного патологического влечения к алкоголю, определяет так называемую "физическую зависимость" от алкоголя и свидетельствует о полностью сформировавшейся II стадии хронического алкоголизма. Это положение было четко сформулировано в 1929 г.: "У каждого алкоголика рано или поздно наступает важнейший в алкогольной биографии момент возникновения абстинентных, или похмельных, явлений, отличительным признаком которых является то, что они могут быть устранены или смягчены лишь повторным введением известной дозы алкоголя".

Уровень и устойчивость самооценки у больных хроническим алкоголизмом зависит в основном от их личностных особенностей. Наиболее низкая самооценка характерна для острого периода алкогольного абстинентного синдрома, с исчезновением похмельных расстройств она резко возрастает. Наиболее полное осознание себя страдающим алкоголизмом наблюдается в состоянии похмелья и сочетается со снижением настроения (депрессивной самооценкой). Алкогольная анозогнозия чаще формируется первоначально в системе более общих механизмов психологической защиты и лишь позднее - как проявление некритичности алкогольно-энцефалопатического уровня. Таким образом, неадекватность самооценки (критического отношения больного к заболеванию хроническим алкоголизмом) может быть связана с проявлениями психоорганического синдрома, аффективных нарушений, расстройства личности.

Исследованиями последних лет выявлен механизм на первый взгляд парадоксального явления: почему прием алкоголя, который раньше лишь утяжелял похмельные явления, начинает их облегчать и даже полностью купирует. Как показали исследования отечественных и зарубежных авторов, это объясняется возникающим при хроническом алкоголизме нарушением обмена катехоламинов - медиатора дофамина и гормонов адреналина и норадреналина. Систематический прием алкоголя вызывает активизацию, как выделения, так и разрушения дофамина, являющегося химическим предшественником норадреналина и адреналина в цепи их синтеза, и самих гормонов симпатико-адреналовой системы - адреналина и норадреналина.

Однако к настоящему времени те же авторы отмечают заинтересованность и активность опиоидной системы и взаимодействие всех нейромедиаторных систем в генезе развития алкогольной зависимости.

В дальнейшем, когда толерантносгь достигает максимума, в абстиненции, помимо общего недомогания, сердцебиений, повышения артериального давления, резкой потливости, общего тремора, тошноты, иногда рвоты (не в опьянении, а именно е абстиненции), поноса, резко выраженных статокинетических нарушений присоединяются и выраженные психические расстройства. Ранее всего это нарушение сна: тревожный сон, часто с кошмарными сновидениями, иллюзорными расстройствами, иногда гипнагогическими галлюцинациями, вплоть до абсолютной бессонницы. Характерно подавленное настроение. Чувство стыда, раскаяния, вины могут принимать характер выраженных депрессивных состояний с суицидальными мыслями и тенденциями, выделяют 4 этапа психических нарушений в состоянии алкогольной абстиненции: астеновегетативная дистония; астеномеланхолическая реакция; депрессивно-вегетативная циклотимоподобная реакция; шизотимно-вегетативная реакция.

Наиболее тяжелые абстинентные явления сопровождаются судорожными припадками, элементарными галлюцинациями, особенно в ночное время, на фоне абсолютной бессонницы и являются продромальной фазой алкогольного делирия.

Абстинентный синдром сопровождается выраженными и устойчивыми сдвигами биохимических показателей, электролитного баланса, нарушениями высшей нервной деятельности. Нормализация этих показателей наступает намного позже исчезновения клинических симптомов - через 2-6 недель, хотя острый период алкогольного абстинентного синдрома завершается обычно впервые 3-4 дня. Выделение острого периода похмельного синдрома весьма существенно, т.к. именно в течение этого времени требуется первоочередное терапевтическое воздействие. Наиболее информативными симптомами, определяющими шесть острого периода алкогольного абстинентного синдрома, являются тревога, нарушения сна, тремор, тахикардия и потливость.

Абстинентный синдром формируется, как правило, после 2-7 лет злоупотребления алкоголем во II стадии алкоголизма. В ряде случаев, при крайне интенсивной алкогольной интоксикации абстинентный синдром формируется значительно быстрее - в течение 1-1,5 лет. После многолетнего воздержания от алкоголя - при возобновлении злоупотребления алкоголем похмельные явления выявляются вновь, наступает рецидив алкоголизма в той же стадии, на которой началась ремиссия.

**Изменения личности при алкоголизме**

Алкогольная амнезия – выпадение памяти на время опьянения, начиная с какого-то момента может быть и у неалкоголиков. «Включился автопилот» в конце попойки.

У алкоголика имеют место палимпсесты, когда события выпадают достаточно четкими фрагментами - «рваный кинофильм».

***Нарушения личности:***

Заострение личностных черт, снижение уровня личности, отрицание болезни, алкогольное оживление, алкогольный жаргон, алкогольная психопатизация и деградация.

1. Заострение личностных черт

Алкоголик снижается личностно сообразно своим характерологическим особенностям

1. Снижение уровня личности

Есть и универсальные изменения личности свойственные всем алкоголикам: это бедность скудность личности, низкий личностный уровень, снижение творческих способностей и нравственных ценностей. Алкоголик огрублен, благодушен, безразличен ко всему кроме алкоголя. Его эмоциональная вялость проникнута раздражительностью, нарастающей с желанием выпить. В этом похожесть всех алкоголиков. В основе этих изменений лежит выраженное поражение прежде всего лобных отделов головного мозга.

1. Отрицание болезни (алкогольная апсихогнозия)

Неспособность алкоголиков в полной мере понимать, узнавать, видеть свое личностное алкогольное снижение, критически относится к своему пьянству и поведению. Мысли следуют на поводу у эмоций: верится в то, во что хочется верить и наоборот. Это настолько характерно, что если человек с болезненным пристрастием к алкоголю, серьезно обеспокоен по поводу своих алкогольных расстройств, то стоит подумать о другой патологии, скрывающейся за фасадом алкогольных расстройств.

1. Алкогольное оживление

Часто очень помогает заподозрить алкогольные расстройства у трезвого, мрачного алкоголика. Так стоит только заговорить о ситуации выпивки, начать рассуждать о качестве спиртного, какая водка чище, как алкоголик оживляется, начинает ерзать, глаза блестят, может сглатывать слюну и голос более доброжелательный, хоть за минуту до этого был вял, тускл, угрюм и не хотел говорить.

1. Алкогольный жаргон

Характерные алкогольные ужимки, отработанные неустанным повторением жесты, телодвижения: щелочек пальцем под подбородком, изображение рукой стопки, изображение сколько нужно налить и тд.

1. Алкогольная психопатизация

С углублением алкогольного процесса нарастает снижение уровня личности. Больной становится патологически тяжелым своим характером, поведением. Наблюдаются приступы злобы и раздражительности, взрывы агрессивности. Алкоголик истерически рвет на себе рубашку или делается плаксивым, навязчивым.

1. Деградация

Психопатизация незаметно перерастает в деградацию, где уже нет личности. Деградация включает в себя разрушение эмоционально-волевой сферы и слабоумие. Деградировавший алкоголик, как правило, апатичен, благодушен, беспечен, может взорваться, но в глубине безразличен ко всему, не способен серьезно переживать ни за близких ни за себя.

Изменения личности при алкоголизме появляются уже во II стадии и достигают степени алкогольной деградации в III стадии. Формируется так называемый алкогольный характер. С одной стороны, как бы заостряются все эмоциональные реакции (горе, радость, недовольство, восхищение и т.д.) за счет повышения общей возбудимости. Затем появляется слабодушие, плаксивость, особенно в состоянии опьянения.

Больной плачет от радости и от горя. С другой стороны, происходит эмоциональное огрубение. Больной становится эгоистичным, безразличным по отношению к жене, детям. Исчезает чувство долга, ответственности, утрачивается значение этических норм поведения. Все внимание больного сосредотачивается только на одном — как бы достать спиртное. Пьянство всегда преуменьшается, а свои личные качества приукрашиваются.

Больной, как правило, не считает себя алкоголиком (или не признается в этом окружающим), аргументируя это тем, что «все пьют», и он «как все». Поначалу находят отговорки, оправдания, подыскивая поводы для выпивок. При этом проявляют изворотливость, лживость в аргументации своих поступков. В дальнейшем алкоголик уже не скрывает своего стремления к выпивке, пьет в любой, даже не очень подходящей для этого обстановке, т.е. утрачивается ситуационный контроль. Для приобретения алкогольных напитков используются любые средства. Больной начинает уносить из дома вещи, продавать их за бесценок, воровать, попрошайничать.

Алкогольный юмор, свойственный таким больным, становится все более плоским, примитивным, циничным, как и поведение в целом. Появляются брутальные (чрезмерные, асоциальные) формы реагирования, такие как агрессия, злобность, насилие, откровенный цинизм. Все чаще больные прибегают к употреблению суррогатов (денатурат, одеколон, лекарственные настойки и т.п.). Прогрессированию алкоголизма сопутствует и социальное снижение.

Больной теряет квалификацию, опускается вниз по служебной лестнице с переходом на неквалифицированную работу, случайные заработки и, наконец, паразитический образ жизни. Семейные отношения рушатся вплоть до развода, дети не желают обычно общаться с отцами алкоголиками.

Семья сохраняется лишь в тех случаях, когда есть надежда на излечение, изменение установки в жизни или когда оба супруга злоупотребляют алкоголем (а иногда к этому привлекают и детей с раннего возраста). Описанные изменения личности обычно наблюдаются после 40 лет при алкогольном стаже более 20 лет.

Во II стадии алкоголизма личностные изменения, наметившиеся в период I стадии, усугубляются.

Общими характеристическими изменениями больных алкоголизмом, проявляющимися во II стадии заболевания являются лживость, эгоцентризм, игнорирование интересов близких. Характерен грубый юмор, склонность к пошлым шуткам. Однако заметные изменения личности могут и отсутствовать.

Характерны для II стадии алкоголизма в той или иной степени выраженности аффективные расстройства. Выявили расстройства у больных алкоголизмом, 19,6% в рамках психопатии и 8,7% - невротических расстройств. Аффективные расстройства у больных алкоголизмом достаточно часты - от 26 до 66% больных первичным алкоголизмом.

Аффективные расстройства у больных алкоголизмом непосредственно связаны с состоянием опьянения, абстиненции и воздержания, проявляются они в выраженных колебаниях настроения. Беспричинная веселость, общительность, оптимизм в состоянии опьянения сменяются подавленностью, мрачностью, злобностью, гневливостью в состоянии абстиненции и воздержания от алкоголя. Идет тенденция к тревоге, замкнутости, эмоциональной лабильности, депрессии в процессе формирования алкоголизма. Подчеркивают, что депрессивный аффект при алкоголизме неустойчив и скоропроходящ. В то же время, описываются алкогольные слабодушие и дисфории с приступами отчаяния, безысходности, вплоть до раптусов с суицидальными тенденциями и попытками, которые наиболее выражены в состоянии похмелья после запойных приступов.

Очень характерны и своеобразные нарушения в волевой сфере во 2 стадии алкоголизма. Проявляя настойчивость, изобретательность, изворотливость при изыскании средств на приобретение спиртных напитков, больные легко поддаются дурному влиянию, совершают неблаговидные поступки и даже преступления.

Непреодолимость первичного патологического влечения к алкоголю объясняется ослаблением волевых задержек в вопросах воздержания от алкоголя. Несмотря на заверения и клятвы, что не будут больше пить, в которые сами искренне верят, однако, в соответствующих ситуациях вновь доводят себя до выраженного опьянения.

Во II стадии алкоголизма далеко не у всех больных проявляется ухудшение внимания, некоторое ослабление памяти, преимущественно способности запоминания и приобретения новых навыков, при достаточном сохранении прежних запасов знаний. Характерным является поверхностность суждений, значительное снижение критической оценки своей личности, поведения, положения в семье и на работе. Легкомысленность проявляется в отношении к своему здоровью и особенно снижено критическое отношение к злоупотреблению алкоголем.

При эксплозивном типе превалируют аффекты раздражения, недовольства, неприязни, злобность, гневливость, приводящие в ряде случаев к агрессивным поступкам. Поведение больных напоминает поведение психопатических личностей из круга возбудимых (психопатоподобный вариант), в других случаях - вязкость аффекта, дисфории, прямолинейность, требовательность (эпилептоидный вариант). При неустойчивом типе - нестойкость интересов и целей, неспособность к систематическому труду, стремление к веселому времяпровождению в кругу собутыльников, повышенная внушаемость, подверженность влиянию антисоциальных элементов. При астеническом типе - раздражительная слабость, проявляющаяся в раздражительности, легкой возбудимости, обидчивости, склонности к бурным аффективным вспышкам. При этом - быстрая истощаемость при умственных и физических нагрузках, переход от возбуждения к вялости, апатии, заторможенности. При синтонном типе преобладание беспричинно повышенного настроения с оптимизмом, самодовольством, хвастливостью. Повышенная общительность, склонность к грубому юмору, но без стремления обидеть окружающих. Другие типы заострения личности (дистимический, истерический, шизоидный) встречаются значительно реже.

Алкогольные психозы являются наиболее тяжелым и опасным проявлением алкоголизма. Возникают они во 2 и 3 стадиях заболевания, протекающего в форме запойного пьянства. Указывают, что острые алкогольные психозы развиваются при давности заболевания 5 лет и более (со времени сформировавшегося абстинентного синдрома), на фоне максимально тяжелых проявлений алкогольного абстинентного синдрома, который сам по себе содержит элементы психотических состояний. Можно рассматривать психотические варианты синдрома, "пределириозные состояния", как неразвернутый, стертый вариант алкогольных психозов.

Частота алкогольных психозов определяется многими факторами. Она находится в прямой зависимости от уровня потребления алкоголя, а также от крепости потребляемых напитков.

Для II стадии хронического алкоголизма характерны острые алкогольные психозы - алкогольный делирий, галлюциноз, реже острые алкогольные параноиды (острые бредовые психозы алкоголиков). Из затяжных и хронических алкогольных психозов характерен алкогольный бред ревности.

***Алкогольная деградация личности.***

Психическая деградация в 3 стадии алкоголизма определяется токсическим действием хронической алкогольной интоксикации на головной мозг и развивающейся в связи с этим хронической алкогольной энцефалопатией. Кроме того, существенное значение имеют глубокие изменения личности.

Деградация по алкогольно-психопатоподобному типу. Более правильно квалифицировать этот тип как патологическое развитие личности, в связи с отсутствием признаков органического психосиндрома. Для этой группы больных наиболее характерна утрата морально-этических норм поведения, проявляющаяся в лживости, хвастливости, грубом юморе, переоценке своих возможностей, полной некритичности к пьянству в сочетании с аффективной неустойчивостью, взрывчатостью, недержанием аффектов, гневливостью с элементами агрессивности и вне опьянения, быстрым переходом от эйфоричности к субдепрессивным состояниям.

У этих больных интеллектуально-мнестические нарушения выражены незначительно, надолго могут сохраняться запасы прежних знаний и профессиональные навыки. Но эти возможности, как правило, не реализуются.

Деградация по органически-сосудистому типу. На первый план у больных выступает интеллектуально-мнестическое снижение, проявляющееся в ухудшении памяти и внимания, апатичности, утомляемости, снижении трудоспособности. Наряду с этим имеют место нарушения сна, пониженный фон настроения, слабодушие. Для этих больных характерны депрессивные состояния с суицидальными тенденциями, возникающие в абстиненции.

Крайними формами алкогольной деградации, по органически-сосудистому типу, являются псевдопаралитический и псевдотуморозный синдромы. При псевдопаралитическом синдроме на первом плане выявляется благодушие, болтливость, хвастовство при полной утрате критического отношения к своему состоянию. Реже встречается псевдотуморозный синдром, возникающий при сочетании алкоголизма с тяжелыми формами энцефалопатии, атеросклероза сосудов головного мозга и другими органическими заболеваниями головного мозга. Проявляется он апатичностью, эмоциональной тупостью, доходящих до таких степеней, что больной производит впечатление находящегося в состоянии оглушения.

Больные с явлениями деградации по органически-сосудистому не столь тяжелы в быту, как больные с изменениями личности по алкогольно-психопатоподобному типу, они охотно обращаются за медицинской помощью, не отказываются от противоалкогольного лечения.

Деградация по смешанному типу. Чаще встречаются не крайние формы алкогольной деградации, а смешанные формы, включающие элементы как интеллектуально-мнестических нарушений, связанных с повреждающим действием алкоголя, так и изменения личности по алкогольно-психопатоподобному типу.

Помимо типа алкогольного изменения личности больного, необходимо различать ее степень и глубину. Начальные изменения личности больных алкоголизмом, проявляющиеся в нерезком снижении интеллектуальных возможностей, нарушениях морально-этических норм при сохранении профессиональных навыков и способности к адаптации, характерны для 2 стадии алкоголизма. При утяжелении перечисленных признаков, можно диагностировать парциальную деменцию, что соответствует переходной 2-3 стадии заболевания. При выраженных степенях алкогольной деградации нарушаются адаптационные способности и утрачивается трудоспособность.

**Заключение**

Установление диагноза хронического алкоголизма является ответственным решением врача и входит в компетенцию специалиста - психиатра-нарколога.

Сам термин «хронический алкоголизм», введенный шведским врачом Магнусом Гуссом в середине XIX века, вызывает возражения, так как не может быть «острого алкоголизма». В научной литературе правомерно пользоваться термином «алкоголизм», когда речь идет о заболевании. Однако, этим термином пользуются в более широком социальном плане, отождествляя его с понятием «пьянство».

Сам термин «алкогольная зависимость», также как и «табачная зависимость», а тем более – «наркотическая зависимость» более точно отражает сущность заболевания и может успешно использоваться в психотерапевтической работе с больными. Заболевания возникают независимого от больного, а в зависимость от табака, алкоголя или наркотика он попадает по своей вине – «случайно» стать курильщиком табака, алкоголиком или наркоманом невозможно. И от зависимости не избавиться только усилиями врача - зависимость должен преодолеть сам пациент, лишь с помощью врача, и приложив к этому немалую волю для преодоления зависимости. Синдром зависимости - это не только беда пациента, но и его вина.

Если в 1-2 стадиях заболевания в большой степени можно говорить алкогольной деформации личности - обратимые изменения личности, то для 2 стадии хронического алкоголизма характерна более или менее выраженная социальная и психическая деградация личности (необратимые изменения). Наиболее существенным признаком социальной деградации личности является снижение, а в дальнейшем и утрата профессиональных знаний и навыков. Некоторые больные перестают соблюдать установленный порядок работы, трудовую дисциплину, меняют места работы, профессионально снижаются, выполняют малоквалифицированную случайную работу, могут вести паразитический образ жизни.

**Литература**

1. Нестеров, А.А. Генетика. Учеб. пособие для студентов мед. ВУЗов. – Самара, 2003.
2. Медицинская энциклопедия. – М., Эксмо, 2000. – 895с.
3. Ренина Н.В., Воронцов Д.В., Юматов И.И. Основы клинической психологии/ Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов на Дону: Феникс, 2003. – 480с.
4. Экспериментальная и прикладная психология: Межвуз. Сборник /под ред. А.А. Крылова. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1982.