Федеральное агентство по образованию

Государственное образовательное учреждение

ВПО «Бийский педагогический государственный университет имени В.М. Шукшина»

Факультет психологии

Кафедра теоретической и прикладной психологии

Курсовая работа

Психофизиологические и психологические основы токсикомании

Исполнитель:

Научный руководитель:

Бийск – 2010

Оглавление

Введение……………………………………………………………………….......2

Глава I. Изучение проблемы токсикомании в психофизиологии и психологии……………………...............................................................................5

1.1 Что такое токсикомания?……..........................................................................5

1.2 Психофизиологические и физиологические основы и последствия токсикомании.…….………………………………………………………......….11

1.3 Психические основы и последствия токсикомании…………………….....20

1.4. Профилактика токсикомании………………………………………………28

Вывод…………………………………………………………………..……..…..32

Заключение……………………………………………………………………….33

Список литературы……………………………………………………………....36

Введение

Первые сообщения о случаях употребления летучих веществ появились в медицинских архивах в середине XIX в. В 1847 г. было описано использование эфира в немедицинских целях, в 1861 г. появилось сообщение о смерти в результате отравления парами хлороформа юноши, который вдыхал хлороформ для получения приятных ощущений. Позже появились публикации о вдыхании бензина и его компонентов, хлоралгидрата, трихлорэтилена, ацетона и т.п. Но вплоть до 50-х годов описывались лишь отдельные случаи употребления ингалянтов. С конца же 50-х годов употребление бытовых и промышленных ингалянтов с целью опьянения стало так быстро распространяться в северо-американских и европейских странах, что уже в начале 60-х годов появились основания говорить об "эпидемии" данного вида токсикомании среди подростков. В нашей стране злоупотребление ингалянтами началось в конце 60-х годов. Появились наблюдения об использовании для этих целей пятновыводителей, бензина, различных сортов клея, ацетона, лаков, красок и их растворителей.

Токсикомания — заболевание, характеризующееся патологическим пристрастием к веществам, не рассматриваемым в качестве наркотиков. Медико-биологических различий между наркоманией и токсикоманией не существует. Токсикоманы добиваются опьянения, вдыхая пары бензина, ацетона, толуола, перхлорэтилена и используя различные аэрозольные ядовитые вещества.

Из выше сказанного видно, что данная проблема не нова, но она остается актуальной, так как употребление летучих веществ не потеряла своей привлекательности среди подростков и взрослых людей. Сейчас нужно создавать центр помощи людям и эта работа возможно прольет свет на то как лучше помочь людям – токсикоманам.

На наш взгляд, физиологические и психофизиологические особенности, взаимоотношения со сверстниками и с родителями может повлиять на человека и он станет употреблять ингалянты. Данные предположения и легли в основу нашей работы.

Цель исследования: выявить психофизиологические и психологические основы токсикомании.

Объект исследования: психофизиологические и психологические особенности.

Предмет исследования: психофизиологические и психологические основы для токсикомании подростков и взрослых.

Гипотеза исследования: строилась на предположении о том, что для токсикомании, есть психофизиологические и психологические основы в виде различных индивидуальных особенностей.

Задачи исследования:

Проанализировать теоретические подходы рассмотрения проблемы токсикомании.

Определить психологические основы токсикомании.

Определить психофизиологические основы токсикомании.

В качестве методов исследования использовались: сбор, анализ, описание и сравнение данных.

Практическая значимость работы: состоит в возможности использования данных этой работы в профилактических и реабилитационных целях.

Структура курсового исследования. Работа состоит из введения, одной главы, вывода, заключения, списка литературы (источников).

Глава I. Изучение проблемы токсикомании в психофизиологии и психологии

1.1 Что такое токсикомания?

ТОКСИКОМАНИЯ (греческого: яд + сумасшествие, безумие) — заболевания, вызванные хроническим употреблением психоактивных веществ (лекарственных препаратов, не рассматриваемых в качестве наркотиков, химических и растительных веществ); характеризуются развитием психической и в ряде случаев физической зависимости, изменением толерантности к потребляемому веществу, психическими и соматическими расстройствами, изменением личности.

Токсикомания — один из самых злокачественных видов наркомании. Вызывая серьезное рушение организма и сильную зависимость, токсикомания отличается от наркомании только в юридическом аспекте: она вызывается употреблением веществ, не отнесенных Минздравом к группе наркотиков, и на нее не распространяются правовые и уголовные акты, действующие в отношении наркоманов.

За последние двадцать лет токсикомания — вдыхание «летучих наркотически действующих веществ» (ЛНДВ) — приобрела характер эпидемии. Ежегодно сотни детей и подростков с кульками на голове отправляются в мир иной. Средний возраст потребителей продукции химической промышленности — 8—15 лет. Учитывая масштабы распространения токсикомании и те необратимые разрушения, которые она производит в детском организме и психике, можно серьезно говорить об угрозе будущему нации [4, 101-105 c.].

Ингалянтная токсикомания имеет несколько специфических особенностей. Как любая зависимость, она полностью завладевает человеком, прекращая тем самым развитие личности. Токсикоман живет только в своих грезах, вне опьянения он аппатичен, злобно-раздражителен, часто агрессивен. Он уже не пытается скрыть ингаляции и часто совершает их на глазах окружающих.

При токсикомании очень быстро развивается стадия осложнений или их последствий: психоорганический синдром и токсическая энцефалопатия, нередко с эпилептиформными припадками. Подростки становятся менее сообразительными, плохо ориентируются в окружающей обстановке, резко падает способность усваивать новую информацию. Снижается интеллект - в тяжелых случаях вплоть до развития слабоумия, особенно страдают все виды внимания и кратковременная память.

Особенно выражены эти нарушения при злоупотреблении бензином, толуолом и ацетоном. При употреблении этих веществ также страдают печень и почки, развиваются хронический бронхит, анемия с лейкопенией, что свидетельствует о снижении иммунитета. Полная обратимость этих нарушений не установлена, так как повреждаются именно те системы, "поломки" в которых наиболее трудноустранимы. Если подросток на фоне злоупотребления ингалянтами начинает употреблять алкоголь, то у него очень быстро развивается хронический алкоголизм с психической деградацией.

«Популярность» ингалянтов среди младших и средних подростков объясняется низкой стоимостью и простотой их приобретения. Летучие органические соединения (ЛОС) входят в состав многих средств бытовой химии, находящихся в свободной продаже.

Также следует отметить легкость использования (путем вдыхания) и способность веществ быстро вызывать опьянение. Короткая продолжительность действия и быстрое исчезновение признаков употребления ингалянтов позволяют достаточно долгое время скрывать факт их применения.

Токсикомания у подростков развивается под влиянием нескольких причин.

1. Психологические: у подростков наблюдается потребность в самостоятельности и независимости от взрослых, связанная с чувством взрослости, они легко поддаются негативному влиянию, в том числе и увлечению токсикоманией.

2. Социальные: подростковыми токсикоманами чаще становятся в тех семьях, где жизнь подростков пущена на самотек, родители в личную жизнь детей не вмешиваются (либеральный стиль воспитания).

3. Бытовые токсикоманы - подростки: насыщение быта различными химическими средствами. Широкое распространение средств бытовой химии и токсикомании почти совпадает по времени.

Наибольшее распространение токсикомания получила среди подростков. Восприимчивые, любопытные, без достаточной критики своего поведения, неустойчивые в волевых побуждениях, подростки нередко оказываются вовлеченными в токсикоманию [2, 36-45 c.].

На начальных этапах своего действия, дурманящие ароматические вещества вызывают веселое настроение подростка, говорливость, желание двигаться, приятное самочувствие, состояние благодушия, нередко с появлением зрительных галлюцинаций. Психологическая зависимость при этой токсикомании развивается в течение нескольких недель и носит стойкий характер.

Не редко токсикомания сопровождается другими вредными привычками, например алкоголизм, употребление наркотических веществ, в том числе героина, опиума, не редко люди с этой зависимостью совершают преступные деяния, чтобы заполучить деньги на ацетон, клей, пиво и т.д.

Токсикомании вызываются многими препаратами и веществами. В первую очередь к ним относят препараты, обладающие седативным и снотворным эффектом: производные барбитуровой кислоты (за исключением этаминаланатрия, амитала натрия, которые отнесены к наркотикам), транквилизаторы бензодиазепинового ряда (элениум, седуксен, феназепам и другие), ряд препаратов с седативным эффектом (например, мепробамат, натрия оксибутират). Токсикомании могут быть обусловлены употреблением антипаркинсонических (циклодола) и антигистаминных (димедрола, пипольфена) препаратов, психостимуляторов (эфедрина, теофедрина, кофеина, сиднокарба и других), комбинированных препаратов (солутана и других), средств для ингаляционного наркоза (эфира, закиси азота). Большую группу составляют вещества, которые не относят к лекарственным средствам, но они являются причиной ингаляционной токсикомании. Это летучие органические растворители, напр. толуол, бензол, перхлорэтилен, ацетон, бензин, а также различные средства бытовой химии [23, 210 c.].

Развитие токсикомании

Привыкание развивается не у всех. У некоторых эйфория слабая и осложнена признаками отравления — рвотой, тошнотой, головной болью. Но если опьянение вызвало удовольствие, начинается регулярное вдыхание ЛНДВ. При этом возникает и развивается непереносимость алкоголя. Врачи отмечают переход к регулярному нюханью уже через 4—5 отдельных вдыханий.

Как и при любой другой форме наркомании, как только начинается регулярное употребление наркотика, изменяются его эффекты. Исчезают защитные реакции — головная боль, тошнота. Координация менее нарушена, опьяневший может ходить. Сразу после вдыхания наступают расстройства ощущений, галлюцинации более осознанные и управляемые. Сильно возрастает толерантность, переносимость наркотика. Для достижения прежней эйфории требуется двойная или тройная доза растворителя.

При злоупотреблении бензином начинаются сильные боли в желудке и кишечнике, понос, рвота. Нарастание абстинентных страданий происходит в течение 5—6 дней, затем наступает облегчение. Расстройства психики и настроения сохраняются 1—1,5 месяца. Общая продолжительность абстинентного синдрома — до 15 дней.

Регулярно нюхающие токсикоманы проводят свои дни, постоянно поддерживая определенную глубину опьянения.

На них опьянение действует иначе, чем на новичков. «Надышавшись», они отправляются гулять, на дискотеку, «заказывают себе галлюцинации». Опьянение становится совсем коротким, не более 20—30 минут, и требует повторного вдыхания [26, 287 c.].

Токсикоманы объединяются в компании, обосновываются на чердаках, в заброшенных помещениях, на дачах и т. д. Они отказываются от всей остальной, ненаркотической жизни, бродяжничают, совершают кражи и сексуальные преступления. Чаще всего в токсикоманию втягиваются дети из неблагополучных семей, с низким достатком и культурным уровнем, беспризорные, плохо успевающие в школе, проводящие все свое время на улицах в праздном шатании.

Этапы становления токсикомании.

При вдыхании летучие компоненты веществ быстро поступают через легочные альвеолы в кровь, а затем в головной мозг, вызывая состояние острого токсического опьянения. Некоторая часть вдыхаемого вещества попадает в организм через пищеварительный тракт. Начальный эффект проявляется уже через несколько секунд после начала вдыхания.

Среди способов употребления наиболее распространены вдыхание паров летучих жидкостей с помощью намоченной ими ткани или из бумажных или пластиковых пакетов. Реже используется аппликация на кожу головы.

Чаще всего начало вдыхания ингалянтов относится к возрасту 13—15 лет, иногда к более младшему— 11—12 лет, в отдельных случаях —9—11 лет.

Ингалянтами чаще злоупотребляют мальчики. Непосредственной мотивацией, кроме поиска необычных сильных ощущений, является пассивное подражание товарищам, что отражает незрелость психики подростков, их психический инфантилизм и конформность.

Вначале вдыхание паров органических растворителей носит групповой характер. Размеры группы чаще всего небольшие — 3—5 человек, но иногда они бывают более многочисленными. Этап эпизодического употребления продолжается 1—5 мес, в редких случаях —до 1 года. Значительная часть подростков потом прекращают наркотизацию. Некоторые из них переходят к злоупотреблению алкоголем или другими психоактивными веществами. Если ингаляции продолжаются, то постепенно формируется психическая зависимость и устанавливается определенный ритм наркотизации. Нередко психическая зависимость формируется уже после 3—5-кратного употребления ингалянтов. Ингалянты вдыхают чаще всего 3—4 раза в неделю, на более отдаленных этапах — ежедневно и даже несколько раз в день [33, 190-194 c.].

У больных, злоупотребляющих ингалянтами, описано развитие полиневропатии, которая характеризуется чувством онемения, парестезиями в кистях и стопах, сочетающимися с гипотрофией или реже с атрофией соответствующих мышц, уменьшением болевой чувствительности, багрово-синюшным цветом кожи кистей и стоп, понижением температуры кожи кистей и стоп и трофическими нарушениями. Токсическая энцефалопатия проявляется психоорганическим синдромом. Она быстрее формируется у подростков с резидуальным органическим поражением головного мозга.

Общее действие ингалянтов, в том числе на мозг, связано также с их токсическим влиянием на многие внутренние органы и системы, особенно на почки, печень, желудочно-кишечный тракт и мышечную ткань.

Имеются данные о том, что у тех, кто в подростковом возрасте злоупотреблял ингалянтами, в дальнейшем может наблюдаться высокий риск злокачественного течения хронического алкоголизма с быстрым развитием психической и физической зависимости от алкоголя и психической деградацией.

Диагностические признаки сформировавшейся зависимости – токсикомании – при злоупотреблении летучими растворителями:

Переход от ингаляций, начатых в компании, к вдыханию паров токсических веществ в одиночку. Данный признак является наиболее ярким проявлением индивидуальной психической зависимости. Только в редких случаях к ингалянтам с самого начала могут прибегать наедине, например, в целях экспериментирования.

Увеличение дозы потребляемого токсического вещества («раньше хватало полтюбика клея, теперь и целого мало»).

Ежедневные длительные ингаляции, иногда по многу часов подряд, в течение которых подросток то вдыхает пары летучих веществ, то прерывает процесс, находясь в полузабытьи; при пробуждении снова возобновляет ингаляцию.

Повторные вдыхания в течение дня.

Злобная агрессия (вместо смущения и попыток убежать) в отношении тех, кто застал молодого человека за ингаляцией и пытается помешать ему.

Прекращение попыток скрыть вдыхания паров от родителей, воспитателей и посторонних [27, 47-50 c.].

1.2 Психофизиологические и физиологические основы и последствия токсикомании.

Действие летучих наркотических веществ. Опьянение наступает после нескольких вдыханий. Дозу определить практически невозможно в зависимости от препарата глубина вдоха, задержка дыхания, концентрация паров различны. Ограничительными реакциями служат головная боль, сжатие головы, тяжесть дыхания, тошнота.

Симптомы токсикомании

Эффект различных летучих органических растворителей сходен. Клиническая картина в целом определяется не столько видом растворителя, сколько зависит от срока и длительности его употребления.

У начинающих потребителей после 3—5 вдохов появляются легкое головокружение, шум в голове, першение в горле, слезо- и слюнотечение, двоение в глазах, легкое оглушение. Зрачки расширяются, пульс учащается. Затрудняется концентрация внимания, замедляется реакция на внешние раздражители. Речь становится дизартричной. Если вдыхание прекращается, состояние опьянения продолжается еще 10—15 мин и сменяется неприятными ощущениями тяжести в голове и головными болями. Появляются специфический сладковатый вкус во рту, тошнота, может быть рвота, жажда. Постинтоксикационное состояние продолжается в течение 2—3 ч.

Если вдыхание органических растворителей продолжается более длительный срок, вслед за оглушенностью и расслабленностью развиваются психомоторное беспокойство, иногда возбуждение. Повышается настроение, появляются психосенсорные расстройства: искажаются формы и размеры предметов, цвета становятся более яркими и контрастными, меняется тембр внешних звуков и голосов, все услышанные слова и звуки многократно повторяются, превращаясь в "бесконечное эхо" [21, 38-40 c.].

Симптом "эхо" очень характерен для интоксикации ингалянтами. При продолжении ингаляции звуки становятся все тише, больные перестают замечать происходящее вокруг, как бы отключаются от него; постепенно развивается делирий - при закрытых глазах появляются очень яркие и образные сценоподобные зрительные галлюцинации. Эти галлюцинации носят характер либо последовательно сменяющих друг друга картин с определенным сюжетом, действующими лицами, движущимися фигурами, большими и малыми, как при мультипликации, либо сюжета нет и картины сменяют друг друга. Реальное при этом тесно переплетается с фантастическим: галлюцинаторные образы представлены либо в виде живых существ (людей или животных), имеющих вполне реальные формы и цвет, либо в виде необычных существ или предметов (кружочки, квадратики, необычные фигурки и пр.). Характерно, что галлюцинаторные образы всегда очень яркие, цветные, находятся в непрерывном движении. Все предметы кажутся объемными, часто меняют форму. Преобладают как бы проецирующиеся на экран картины сказочного, авантюрно-приключенческого или эротического содержания, иногда напоминающие сюжеты виденных кинофильмов. Нередко галлюцинации носят устрашающий характер. К зрительным галлюцинациям могут присоединиться слуховые. Больные "слышат" музыку или голоса, с которыми поддерживают беседу. Изолированных слуховых галлюцинаций без зрительных образов обычно не бывает. При вдыхании некоторых органических растворителей, например пятновыводителей, ацетона, больные могут "заказывать" галлюцинации на определенную тему [15, 34-45 c.].

Настроение зависит от содержания галлюцинаций. Может быть чувство радости, счастья, блаженства или страха. При этом подростки отмечают, что даже те картины, которые сопровождаются страхом, все равно приятны ("и страшно, и приятно").

Ингаляции чаще всего производятся циклами от 10—20 с до нескольких минут. Затем ингаляцию прерывают на несколько минут и повторяют вновь. У больных с длительным опытом злоупотребления ингалянтами зрительные галлюцинации типа визуализированных представлений приятного содержания (как бы "жизнь во сне") могут вызываться как бы по заказу, и пациенты могут их поддерживать определенными дозами ингалянтов на протяжении нескольких часов [10, 144 c.].

При продолжительных ингаляциях у больных со сформированной токсикоманией может наблюдаться онейроидный вариант опьянения. Чаще это бывает у лиц с резидуальным органическим поражением ЦНС. Видения у этих больных уже не возникают по заказу. У них в большей степени выражена оглушенность сознания, отмечаются эпизоды двойной ориентировки. Усиление отрешенности от окружающей реальности сочетается с наплывом ярких грезоподобных образов сказочно-фантастического содержания. В дальнейшем развивается онейроидное помрачение сознания с псевдогалюцинаторными переживаниями фантастического характера, иногда с отрывочными несистематизированными бредовыми идеями. При этом подростки чаще являются "наблюдателями", чем "участниками" нереальных событий. Нередко, несмотря на отрешенность от окружающего, сознание того, что все переживания вызваны, а не реальны, сохраняется. Если попытаться прервать наркотизацию, то со стороны подростка обычно возникает злобно-агрессивная реакция.

Обратное развитие явлений опьянения начинается с момента прекращения вдыхания. Через 0,5—1,5 мин после последнего вдоха исчезают галлюцинаторные образы, постепенно восстанавливается ориентировка; состояние блаженства, легкости сменяется раздражительностью; появляются головная боль, головокружение, вялость, слабость, тошнота, возможна рвота. Лицо гиперемировано, зрачки расширены, склеры инъецированы, тахикардия, движения некоординированы, неуверенная походка. Остаточные признаки интоксикации могут наблюдаться от нескольких часов до 1—3 сут — в зависимости от дозы употребляемого вещества. Длительное время остается неприятный привкус во рту, иногда бывает затрудненное мочеиспускание. Настроение обычно снижено, с выраженной дисфорией [13, 150 – 157 c.].

Возможность развития физической зависимости при злоупотреблении ингалянтами признается не всеми.

К проявлениям физической зависимости можно было бы отнести вегетативные нарушения, которые возникают после прекращения ингаляций: головную боль, бессонницу, потливость, мышечный тремор, шаткость походки, нарушение сердечного ритма, а также выраженные депрессивные состояния с дисфорией. Могут наблюдаться ознобы с повышением температуры тела до 38 °С. Эти нарушения отмечаются в течение нескольких дней и постепенно сглаживаются. Но депрессии и дисфории могут быть проявлением психической, а не физической зависимости, а вегетативные нарушения могут возникать вследствие токсической энцефалопатии, которая постепенно развивается у подростков, злоупотребляющих ингалянтами [14, 111 – 114 c.].

У тех, кто нюхает растворители 1—2 месяца, — разрушаются внутренние органы, головной мозг, нервная система. Те, кто нюхает 1—2 года, — становится инвалидом. Многие, кому удается выжить от частых передозировок, становятся слабоумными. Любое средство из группы ЛНДВ вызывает разрушение мозга, гибель нервных тканей, цирроз печени, почечную недостаточность. Быстро формирующаяся психическая зависимость не дает ускользнуть от развивающейся болезни.

Хотя это влечение носит скорее психический, чем физический характер. Физическая зависимость характеризуется возникновением после прекращения приема токсикоманического вещества комплекса вегетативно-неврологических и психических нарушений, которые обозначают как абстинентный синдром (синдром отмены).

Пациентам наркодиспансеров с диагнозом «токсикомания» в среднем по 12—14 лет. В этом возрасте у детей не сформировано сознание и сила воли. Если ребенка лишить возможности дышать ЛНДВ, его охватывает злобная депрессия, грубый протест, нарушается сон, аппетит, ребенок отказывается от еды, отказывается подчиняться взрослым. Это поведение не стоит расценивать только непослушание и испорченность, оно является признаками абстинентного синдрома, пока еще слабо выраженного.

У токсикоманов в 16—17-летнем возрасте черты абстиненции более определенные. Абстинентный синдром возникает на 3—6-м месяце употребления химикатов. Если токсикомана лишить возможности вдыхания ЛНДВ, к концу первых суток у него начнется тупая тяжелая головная боль, расширение зрачков, дрожание рук, спазмы, дрожание век и языка, отечность, судорожные потягивания мышц. Все это усугубляется депрессией и злобной раздражительностью, нарастает двигательное возбуждение. На вторые сутки нарастает тревога, больной не может ни с кем общаться. Напряжена мышечная система, пациенты жалуются на боль, неудобство в мышцах. Может даже изменяться ощущение своего тела: конечности и голова кажутся более крупными, длинными, тяжелыми, Злобность и напряжение часто заканчиваются самоубийством [20, 48 c.].

Через несколько дней напряженность и расторможенность сменяются тоской, апатией, оцепенением. Больной печально лежит в постели и жалуется на боли и безысходность.

Иногда наблюдаются преходящий рефлекс Бабинского и клонус стоп. В тяжелых случаях происходит снижение глубоких рефлексов, при коме арефлексия может распространяться и на зрачковые реакции. Кроме того, часто отмечаются тахикардия, артериальная гипотензия, поверхностное дыхание, снижение температуры тела, цианоз. Может развиться отек легких, паралич дыхательного и сосудодвигательного центров.

С течением болезни симптоматика активации в опьянении гаснет как следствие психофизического истощения. Падает переносимость, клиническое и поведенческое выражение влечения также теряет интенсивность. Абстинентный синдром представлен энергическими состояниями, тоскливой депрессией, обездвиженностью, реальна угроза коллапса. Угасание собственно наркоманической симптоматики означает крайнее неблагополучие: наступившие к этому времени функциональные и органические изменения жизненно важных систем приводят к смерти даже в молодом возрасте. Выраженность отдельных синдромов колеблется при различных формах токсикоманий (преобладающая симптоматика психической или физической зависимости), так же как большого наркоманического синдрома в целом (малая интенсивность при табакокурении и высокая при опийной наркомании) [6, 45-60 c.].

Вегетативная симптоматика зависит также от вида наркотически действующего вещества, его дозы и этапа опьянения; может проявляться преобладающей симпатической или парасимпатической ирритацией. Особо следует обращать внимание на величину зрачков, латеральный нистагм, фиксацию взора, ясность радужки, кровенаполнение поверхностных тканей, мышечный тонус, тремор, координацию, уровень АД и частоту сердечных сокращений [1, 338-349 c.].

Внешний облик больных специфичен; лицо пастозное, серо-зеленого цвета, с сальным налетом, глубокими резко очерченными кожными складками, язык покрыт плотным грязно-коричневым налетом. Развивается характерный неврологический симптомокомплекс; походка скованная, с пошатыванием, движения неточные, размашистые. Зрачки широкие, слабо реагируют на яркий свет; отмечаются горизонтальный нистагм, парез конвергенции, особенно на высоте интоксикации. Наблюдаются мелкоразмашистый тремор пальцев вытянутых рук, пошатывание в позе Ромберга, падение в сторону в усложненной позе Ромерга, а также угнетение брюшных рефлексов или их отсутствие [5, 146-152 с.].

При злоупотреблении циклодолом, димедролом. пипольфеном и другими препаратами с холинолитическим действием могут возникать состояния острой интоксикации, первоначально напоминающие алкогольное опьянение. У больных отмечаются немотивированная веселость, ускорение речи, нарушаются внимание и тонкая координация движений. При усилении интоксикации развивается помрачение сознания, нарушается ориентировка в месте, времени, появляются зрительные галлюцинации. Часто встречается феномен «пропавшей сигареты», которую больной настойчиво ищет. Галлюцинаторные расстройства при первых приемах препаратов с холинолитическим действием обычно сопровождаются страхом, недоумением, растерянностью. Соматоневрологические нарушения при острой интоксикации этими препаратами характеризуются сухостью слизистых оболочек и кожи, гиперемией кожи, тахикардией, колебаниями артериального давления, мидриазом (при злоупотреблении димедролом зрачки могут быть обычных размеров), угнетением сухожильных рефлексов, ослаблением конвергенции, нистагмом в крайних отведениях глазных яблок. При систематическом приеме циклодола обнаруживаются стойкие вегетоневрологические нарушения: порозовение щек на бледном лице, алые губы, мышечная скованность, не произвольные движения и судорожные подергивания отдельных мышечных групп; походка больных изменена (ходят на не согнутых ногах с выпрямленной спиной). Психостимуляторами имеет ряд особенностей. В состоянии острой интоксикации выявляются мидриаз, умеренная тахикардия и незначительная артериальная гипертензия, бледность кожи, сухость слизистых оболочек. Движения у больных порывисты, отмечаются суетливость, болтливость, излишняя откровенность; речь быстрая, по типу монолога. В течение длительного времени снижен аппетит, выражена бессонница. При приеме психостимуляторов в больших дозах (иногда даже однократном) могут возникать острые психозы, напоминающие токсический делирий, с расстройствами сознания, зрительными галлюцинациями, страхом, двигательным возбуждением. Длительное злоупотребление приводит к грубым изменениям личности и соматоневрологическим нарушениям [3, 678 – 779 с.].

Толерантность к токсикоманическим веществам характеризуется уменьшением реакции организма на введение применяемого вещества в обычной дозе. В результате для достижения прежнего эффекта требуется токсикоманическое вещество в более высокой дозе [28, 38-39 с.].

Токсикоманы — плохие работники, их трудоспособность — физическая и умственная — снижена, все их помыслы связаны с добыванием наркотиков, в том числе и криминальным путем.

Последовательное развитие большого наркоманического синдрома определяет стадии токсикоманий:

I стадия – синдром измененной реактивности и синдром психической зависимости;

II стадия – качественное изменение этих синдромов и присоединение синдрома физической зависимости;

III стадия – дальнейшее качественное изменение всех трех синдромов.

Высказывались предложения выделять 2 стадии токсикомании: на 1 стадии имеется только психическая зависимость, на II - появляется физическая зависимость [31,70–73 с.]. 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 [22, 50-63 с.].

Развитие физической зависимости не является общепризнанным - она отрицается, ставится под сомнение или вопрос считается невыясненным [7, 80-85 с.]. 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.

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" [24, 49-60 с.].

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.

1.3 Психические основы и последствия токсикомании

Психическая зависимость проявляется болезненным стремлением (влечением) непрерывно или периодически принимать психоактивное токсикоманическое вещество, чтобы вызвать определенные ощущения или снять психический дискомфорт. Этим объясняется целенаправленное (поисковое) поведение больного; его основной целью является получение необходимого вещества.

Острая интоксикация седативными и снотворными препаратами характеризуется нарушением координации движений, иногда в сочетании с расторможенностью, снижением способности к правильной оценке ситуации, изменением ясности сознания. Больные напоминают людей, находящихся в состоянии тяжелого алкогольного опьянения. Походка у них становится неуверенной, с пошатыванием; движения неточные, порывистые, размашистые. Речь дизартричная, монотонная, из-за неустойчивости внимания больной часто перескакивает с одной темы на другую. Характерен внешний вид больных: мимика бедная, глаза полузакрытые, губы обвисшие, кожа бледная с легким сальным налетом. Острая интоксикация сопровождается неврологическими симптомами: гипомимией, смазанной (иногда скандированной) речью атаксией, нистагмом, диплопией. Отмечаются расстройства аккомодации и конвергенции, ослабление реакции зрачков на свет, понижение поверхностных рефлексов и мышечного тонуса. При выраженной интоксикации возникает глубокое помрачение сознания вплоть до сопора и комы [18, 416 c.].

При непрерывном длительном употреблении седативных и снотворных препаратов в терапевтических дозах может возникнуть состояние зависимости, при котором постепенно снижается эффективность этих препаратов, появляется потребность повышать дозы (разовые и суточные), нередко наблюдается извращенная реакция на прием препарата (возбуждение вместо седативного эффекта). При употреблении этих препаратов с целью достижения эйфории состояние зависимости формируется в более короткие сроки. В процессе хронической интоксикации изменяется психическое состояние больных; они становятся рассеянными, легко отвлекаемыми, не могут собраться с мыслями; у них снижаются память и уровень суждений. Часто для усиления опьянения седативные и снотворные препараты употребляют одновременно с алкоголем, наркотиками. Отмечаются стойкие выраженные изменения личности. Больные то эйфоричны, благодушны, то напряжены, раздражительны, взрывчаты, несдержанны, злобны. Критика к своему состоянию отсутствует. В тяжелых случаях барбитуромании больные становятся заторможенными медлительными, на этом фоне возникают тяжелые дисфории, импульсивность, агрессивность, что напоминает изменения личности, характерные для эпилепсии. Хроническая интоксикация, обусловленная седативными и снотворными препаратами, может сопровождаться диспептическими расстройствами высыпаниями на коже, трофическими нарушениями [25, 10-18 c.].

Синдром психической зависимости означает, что психическое состояние больного уже определяется наличием или отсутствием в его организме опьяняющего вещества. Отсутствие его вызывает раздражительность, конфликтность, беспокойство, невозможность на чем-либо сосредоточиться, так как мысли заняты только тем, где достать одурманивающее средство. Тот, кто препятствует достижению цели, вызывает ненависть, те, кто способствует, - симпатию. Синдром физической зависимости показывает, что в болезнь вовлечены все системы организма - образовался новый, наркоманический гомеостаз. Вне опьянения развивается абстинентное состояние: расслабленность, падение мышечного, сердечно сосудистого тонуса, невозможность выполнять даже неквалифицированную физическую работу. Влечение к опьянению ярко выражено и имеет внешние признаки – мидриаз, бледность, тремор, двигательное беспокойство. Отсутствие опьяняющего вещества вызывает острое дисфункциональное состояние, выражающееся соматоневрологическим возбуждением (преимущественно симпатическим), дисфорией. В состоянии абстиненции больные опасны для себя и окружающих (самоубийства, агрессия, преступления) [29, 11-14 c.].

При токсикоманиях жизнедеятельность поддерживается на определенном уровне только при условии постоянного приема опьяняющих средств. При регулярном приеме необходимой дозы состояние благополучно, но лишь по сравнению с абстинентным синдромом. За исключением некоторых форм наркомании, даже на достаточном для него фоне интоксикации токсикоман психически и физически не способен к продуктивной деятельности, разумным контактам с окружающими. Синдром последствий хронической интоксикации имеет основой неуклонно наступающее психофизическое, энергетическое истощение. Психические изменения развиваются в диапазоне от астенического синдрома, неврозоподобных состояний до апатоабулического синдрома и грубой деменции органического характера. Обязательна психопатизация личности, которая утяжеляется социальным конфликтом токсикомана. Соматоневрологические изменения, вызываемые дизрегуляционным действием наркотиков, не при всех формах токсикоманий достаточно специфичны. При различных формах токсикоманий симптомы, дополняющие синдром последствий, различны, отражают частные аффекты наркотически действующих средств, на чем основан дифференциальный диагноз. Наиболее злокачественны вещества, опьянение которыми вызывает помрачение сознания (средства бытовой химии, барбитуровые снотворные, гашиш и т. п.): быстро формирующаяся токсическая энцефалопатия и токсическое поражение печени влекут поражение других паренхиматозных органов. Злоупотребление этими веществами нередко приводит к смерти на ранних этапах болезни: на фоне неясного сознания утрачивается количественный контроль и неуправляемое влечение ведет к передозировке [32, 130-139 c.].

Психопатологические факторы

Нарушения поведения у детей и подростков, сопровождающиеся немедицинским потреблением психоактивных веществ, и в частности относящихся к наркотическим, могут быть обусловлены различными психологическими (или психиатрическими) причинами. В последние десятилетия расстройства и особенности поведения у детей и подростков по разному понимаются и классифицируются различными исследователями [30, 36-39 c.]. Нечетко ограничены симптоматические рамки психических заболеваний, например шизофрении [19, 59 – 60 c.]. Таким образом, то или иное расстройство (или психическая особенность) вряд ли может быть классифицировано с точки зрения семиотики в достаточной степени корректно. Исходя из сказанного, авторы настоящего пособия попытались выделить психологические (психиатрические) признаки по принципу феноменологического существования. Из традиционно рассматриваемых в клинике подростковой и детской психиатрии специфических возрастных психопатологических синдромов (странных увлечений, метафизической интоксикации и гебоидного) нам встречался, в основном, лишь последний. Как известно, гебоидный синдром, описываемый в свое время как “моральное помешательство”, имеет следующие основные симптомы (в понимании Г.В. Морозова):

Огрубление личности с нивелировкой понятий добра и зла, а- и антисоциальными тенденциями, утратой интереса к учебе и общественно полезному труду.

Расторможение ”низших” влечений.

Психический инфантилизм.

Имеются симптомы, наиболее характерные для раннего гебоида (наблюдающегося у детей 11-13 лет), и в частности , так называемый “бред семейной ненависти”. Данный симптом проявляется в некорригируемом негативном отношении ребенка фактически к любым действиям родственников в отношении себя [17, 60-62 c.].

Как показал опыт работы клиники детской и подростковой наркологии научно-исследовательского института наркологии Минздрава Российской Федерации, в поле зрения врача психиатра-нарколога чаще всего попадают больные с гебоидным синдромом, наблюдающимся вне рамок шизофренического процесса, но обнаруживающие неврологическую микроорганическую симптоматику. В то же время, обычно нерезко выраженные в преморбидном периоде признаки гебоидного синдрома усиливаются при присоединении наркотизации. По мнению авторов, при наркоманиях гебоидный синдром служит как этиологическим фактором в отношении потребления ПАВ (в частности, такие проявления упомянутого симптомокомплекса, как анти- и асоциальность, расторможенность влечений, реже психический инфантилизм), так и следствием нарастающей токсической энцефалопатии и психогенного анормального развития личности наркомана (в понимании К. Биндера). Необходимо отметить, что анти- и асоциальность, расторможенность влечений, отдельные проявления психического инфантилизма как предикторы наркомании могут встречаться нередко вне рамок гебоидного синдрома, как монорасстройства или особенности личности. В частности, анти- и асоциальные тенденции могут наблюдаться в рамках анормального развития личности (в понимании К. Биндера) при формировании “краевой” психопатии (как правило, возбудимого или истеро-возбудимого типа). Эти же личностные особенности могут наблюдаться в рамках “ядерной” психопатии или соответствующей акцентуации личности (в понимании К. Леонгарда), а также при психоорганическом синдроме. Во всех случаях также следует исключить вероятность шизофренического процесса. Клиника упомянутого феномена достаточно хорошо описана многими исследователями, и поэтому в силу необходимости сжатого изложения материала в данном пособии не излагается. Целесообразно подчеркнуть, что в период упадка духовных ценностей, характерного для пореформенной России, частота анти- и асоциальных тенденций и соответственно их роль как этиологических факторов наркомании у несовершеннолетних закономерно возрастает. Граничат с анти- и асоциальными тенденциями детско-подростковые реакции протеста против значимых для личности и переживаемых как негативные явлений повседневной жизни. Такой протест может быть направлен как против неблагоприятной семейной обстановки (например, в случае пьянства отца или матери, низкого материального достатка в семье), так и против объективно существующей в настоящее время общей девальвации духовных ценностей (последнее нередко не осознается и субъективно переживается в виде отрицательных эмоциональных реакций на повседневные явления жизни) [9, 130-139 c.].

Вопрос о собственно расторможенности влечений в узком смысле этого термина вне рамок гебоидного синдрома сложен. При изучении преморбидных особенностей личности несовершеннолетних, больных наркоманиями, мы выделили две основные группы пациентов с упомянутым феноменом:

Расторможение влечений у “гедонических” личностей, то есть у пациентов, основным стимулом поведения у которых в преморбидном периоде было получение” гедонических” переживаний: пищевых, сексуальных и т.п. К прочим наслаждениям такие подростки нередко прибавляют себе эффект от потребления наркотиков.

Расторможение влечений у пациентов с преморбидно имеющим место психоорганическим синдромом (как правило, резидуального генеза).

Среди проявлений психического инфантилизма, умеренно выраженные признаки которого по существу являются нормой у несовершеннолетних (по мнению некоторых исследователей, даже до 30% и более лиц из числа взрослого населения имеют в качестве неболезненных личностных особенностей признаки психического инфантилизма, (цит. по Ковалеву В.В., 1979), наиболее часто в качестве предиктора наркоманий выступали следующие:

Потребность в ярких эмоциональных переживаниях.

Робость и нерешительность (признается как симптом психического инфантилизма не всеми исследователями).

У робких и нерешительных детей и подростков часто наблюдается психологическая зависимость от более старших и волевых знакомых. В условиях, когда сбыт наркотиков приносит сверхприбыль, несовершеннолетние с выраженными чертами робости и нерешительности нередко под давлением знакомых, имеющих выраженные волевые особенности характера и вовлеченных в сферу наркобизнеса, начинают потребление наркотиков.

В случае, если гипертрофированные черты психического инфантилизма, упомянутые выше, сочетаются с явлениями задержки психического развития или “амбулаторными” формами олигофрении, риск приобщения к систематической наркотизации значительно возрастает.

Тревожно – мнительные черты характера, являющиеся основой так называемой психастении, также в случае своей значительной выраженности могут быть предикторами систематической наркотизации. В данном случае наркотики приобретают коммуникативную и транквилизирующую (вернее заменяющую ее эйфоризирующую) функции. Чем более выражены тревожно-мнительные черты, тем менее уверенно чувствует себя ребенок (подросток) среди сверстников, тем более он нуждается в психологической поддержке. Не получая ее в должной степени, он нередко прибегает к “химической” поддержке, которую ему охотно предоставляют торговцы наркотиками [16, 20 c.].

Нередко наркомании наблюдаются у подростков с высокими интеллектуальными возможностями, превосходящими зачастую интеллект большинства сверстников. При этом личность может развиваться в преморбидном периоде вполне гармонично, отношения в семье и со сверстниками могут быть достаточно благоприятными. Здесь речь идет о случаях, когда наркомания развивается как будто на фоне полного психологического и психиатрического благополучия. По мнению авторов, причиной начала наркотизации в этих случаях нередко служит “информационная недостаточность“ (близкая или тождественная психологическому понятию “сенсорная депривация”). Психологические механизмы начала наркотизации заключаются в том, что окружающие микросоциальные условия не предоставляют хорошо развитому интеллектуально индивиду достаточных оснований для эмоционального и интеллектуального насыщения. Процесс жизни в этих случаях воспринимается субъективно индивидом как “скучный”. Поиски насыщения эмоциональной сферы и повышения интеллектуальной нагрузки здесь нередко провоцируют потребление “интеллектуальных” наркотиков (кокаин) или синтетических опиоидов. Врач психиатр-нарколог в подобной ситуации нередко встречается с “идейными” наркоманами, интеллектуально воспринимающими наркотики как высшее благо [11, 114 c.].

Существенную роль в приобщении к потреблению ПАВ нередко играют детско-подростковые реакции подражания. По нашему мнению, в основе этих реакций могут иметь место различные особенности личности, большинство из которых перечислено в настоящем пособии.

Разумеется, в данном разделе мы перечислили не все психологические и психиатрические предикторы наркомании у несовершеннолетних. Данный вопрос до настоящего времени не является достаточно изученным и нуждается в дальнейшем исследовании. Однако, по нашему мнению, в настоящем пособии освещены основные аспекты вопроса о психологических и психиатрических причинах приобщения несовершеннолетних к потреблению наркотиков, которые могут заинтересовать практического врача.

В заключении данной части работы следует отметить, что в поле зрения врача психиатра-нарколога, работающего с несовершеннолетними больными наркоманиями, относительно редко попадают пациенты, обнаруживающие в преморбидном периоде:

Идиопатическую (“генуинную”) эпилептическую болезнь с судорожными стигматами , ранним началом и соответствующими изменениями личности.

Бредовые психозы.

Галлюцинаторные расстройства.

Склонность к систематическому злоупотреблению алкоголем.

Формирующиеся паранойяльные черты характера с гиперсоциальным радикалом.

Выраженные проявления “рафинированной” ипохондрии.

Синдромы странных увлечений или метафизической интоксикации (в понимании В.В. Ковалева) [12, 45-50 c.].

1.4 Профилактика токсикомании

Профилактика особенно важна среди подростков и лиц молодого возраста, которые более подвержены злоупотреблению различными лекарственными препаратами, часто в сочетании с алкоголем. Потребление «одурманивающих» средств, как правило, носит групповой характер.

Ведущее значение в предупреждении токсикомании имеет первичная профилактика. Система первичной профилактики должна включать активную антиалкогольную и антинаркотическую пропаганду; выявление среди молодежи, особенно учащихся, лиц со склонностью к употреблению токсикоманических веществ, и выделение их в группу повышенного риска; регулярное их обследование и проведение разъяснительных мероприятий.

Важное значение имеет выделение групп повышенного риска, к которым прежде всего могут быть отнесены подростки с отягощенной наследственностью (хронический алкоголизм, токсико- и наркомании, психические болезни у родителей или близких родственников), с признаками патологии характера.

Следует учитывать, что наиболее часто первичная наркотизация проходит в виде «экспериментов», отражающих возрастную психологическую специфику подростков, — активные поиски форм самоутверждения через «особое», «интересное» Время провождение («необычное», «рискованное», «взрослое» и т. п.). Основными мотивами этих поисков являются также любопытство, подражание (лидерам, группе), подчинение, стремление к нахождению своего места в группе, иногда протест против «норм взрослого поведения». Это происходит обычно при отсутствии подлинных, эмоционально ярко окрашенных интересов, духовных ценностей, навыков в организации досуга, четких позитивных социальных установок. Такие личностные и поведенческие особенности свойственны подросткам, относящимся к группе повышенного риска. Именно среди них могут быть выделены подростки и лица более старшего возраста с определенной готовностью к наркотизации, которую обусловливают низкая устойчивость к психическим «перегрузкам», стрессам, сниженная приспособляемость к новым сложным ситуациям, непереносимость конфликтов; выраженная напряженность, тревожность, неуверенность в себе, низкая самооценка, трудности в сфере общения; импульсивность, в частности со стремлением к получению удовольствия, новых ощущений, приятных и даже неприятных, как можно быстрее и любым путем; психическая и социальная незрелость, недостаточное усвоение общественных норм поведения, постоянная избыточная зависимость от других, подчиняемость, готовность следовать за отрицательными лидерами, в том числе готовность к криминальному поведению [8, 50 c.].

Профилактика – общесоциальная задача, решаемая многими службами общества; включает воспитательные, ограничительные мероприятия и наказание за распространение (приготовление, сбыт, вовлечение несовершеннолетних) наркотических веществ.

Медицинская профилактика включает санитарное просвещение, контроль за назначением наркотиков и наркотически действующих медикаментов (строгое соблюдение показаний, кратковременность, контроль за дозой, чередование препаратов во избежание привыкания), своевременное выявление случаев злоупотребления (первичная профилактика), контроль за ремиссией после лечения, предупреждение рецидива (вторичная профилактика).

На начальном периоде употребления бывает достаточно изолировать молодого человека от компании, которая подталкивает его к одурманиванию. Но если зависимость – токсикомания – уже сформировалась, необходимо стационарное лечение. Психиатр-нарколог проведет курс дезинтоксикации, назначит подростку препараты для подавления патологического влечения к веществу и нормализации его психического и физического состояния.

Полезными будут и занятия с психологом: молодой человек нуждается в обучении новым способам поведения, ему необходима поддержка в поиске и выборе своего жизненного пути. Также желательно дать подростку информацию о вредных последствиях злоупотребления летучими растворителями. Можно «проиллюстрировать» рассказ показом результатов исследований интеллектуальных функций подобных больных по сравнению со здоровыми сверстниками.

Но самым действенным будет нахождение новых интересов и видов деятельности, которые помогут юноше или девушке обрести статус в среде ровесников, получить положительные эмоции и удовлетворить потребность в самореализации.

Вывод

Подводя итог анализу литературу по проблеме исследования нужно отметить следующее:

Во-первых, необходимо сказать, что токсикомания – это психическое заболевание, которое вызывает психическое и физическое привыкание у человека. Эйфория вызывается приемом психоактивных летучих веществ, которые пагубно влияют, прежде всего, на целостность мозга и всего организма в целом.

Во-вторых, возникновение пристрастия к различного рода токсичным веществам может происходить по различным причинам, начиная с индивидуально психологических и кончая бытовыми условиями проживания человека. Но эта зависимость хорошо диагностируется как окружающими токсикомана людьми, так и специалистами психологами, наркологами, психиатрами и т.д., а это значит, что помощь по возвращению человека в нормальное состояние произойдет быстрее.

В-третьих, основа токсикомании лежит скорее в области психологии. Индивидуальных черт личности человека, его социальным окружением, состоянием психики и т.д., но нельзя исключать и физиологические и психофизиологические основы, такие как генетический фактор, который может провоцировать человека на такое поведение; так же может повлиять на человека, то что в перинатальный периоде мать курила, либо не посредственно токсикоманила; лица с нарушенными функциями мозга, на уровне нейронов, коры больших полушарий; люди с нарушениями воли, эмоций, мышления.

В-четвертых, создание эффективной профилактической работы снизит число токсикоманов. Такая работа должна проводиться на всех уровнях: учебные заведения, газеты, телевиденье, медицинские учреждения. Выявление лиц из групп риска, так же очень важно для профилактики.

Заключение

В последние годы в ряде регионов страны отмечается рост распространенности наркомании и токсикоманий среди населения в целом и среди подростков в частности. При этом отмечается тенденция к применению преимущественно наркотиков растительного происхождения, а также различных самодельно приготовленных препаратов и смесей, средств бытовой химии. Выраженные медико-социальные последствия этих заболеваний, включающие высокую смертность больных, соматоневрологические и психические осложнения, тяжелые социальные последствия, определяют то большое значение, которое придается раннему выявлению лиц, употребляющих наркотические и вызывающие токсикоманию средства в немедицинских целях.

В наркологической практике термин «наркотическое средство» объединяет в себе три аспекта: медицинский, социальный и юридический. В правовом отношении средство признается наркотическим только при наличии всех трех признаков: 1) медицинского, если соответствующее вещество оказывает такое специфическое действие на ЦНС (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т. д.), которое является причиной его немедицинского употребления; 2) социального, если это немедицинское применение принимает такие масштабы, что приобретает социальную значимость; 3) юридического, если, исходя из двух указанных предпосылок, соответствующая инстанция (в России и государствах СНГ — министр здравоохранения) это средство признала наркотическим и включила его в список наркотических средств. Кроме того, речь о наркоманиях или токсикоманиях может идти только в тех случаях, если имеются клинические признаки заболевания: регулярное употребление, отчетливый рост толерантности, сформированная психическая зависимость и т. д. При немедицинском употреблении наркотических препаратов и отсутствии указанных признаков, т. е. в тех случаях, когда болезнь еще не сформировалась, речь идет о злоупотреблении наркотическими препаратами. Это предопределяет и соответствующий учет в органах здравоохранения: в одних случаях профилактическое наблюдение, в других — диспансерный учет.

В процессе употребления наркотических веществ изменяется реактивность организма, что проявляется следующими основными признаками: психической зависимостью, физической зависимостью и толерантностью.

Психическая зависимость характеризуется болезненным стремлением непрерывно или периодически принимать препарат, чтобы испытать определенные ощущения или снять явления психического дискомфорта.

Физическая зависимость — состояние перестройки всей функциональной деятельности организма человека в ответ на хроническое употребление наркотических препаратов, проявляющееся интенсивными физическими или психическими нарушениями в случаях прекращения приема привычного препарата или нейтрализации его действия специфическими антагонистами. Эти нарушения, которые проявляются в виде абстинентного синдрома, облегчаются или полностью купируются новым введением данного препарата либо вещества со схожим фармакологическим действием.

Толерантность — состояние адаптации к наркотическим или вызывающим токсикоманию препаратам, характеризующееся уменьшенной реакцией на введение того же самого количества привычного вещества. В результате для достижения прежнего фармакодинамического эффекта требуется уже более высокая доза наркотика или другого средства.

Поставленная гипотеза подтвердилась в ходе выполнения работы, все выделенные задачи были выполнены.

Для меня, как для студента это исследование имело огромное практическое значение. Мы увидели, что люди с зависимостью умеряют и отравляют свой организм каждый день. Для предотвращения случаев токсикомании необходимы такие работы как эта, так же профилактические и реабилитационные мероприятия.

Таким образом, полученные данные являются основой для дальнейших исследований по данной проблеме, в том числе и с постановкой эксперимента и выявление определенных психофизиологических и психологических основ токсикомании.

Список литературы

1. Altenkirch H. Schnuffelsucht und Schnuffelerneuropathie [Текст] / H. Altenkirch // New York, - 1982 г.. - 338 - 349 с.
2. Michaux L. Psychiatrie infantile [Текст] / L. Michaux // Paris, 1953. – 36-45 с.
3. Stutte H. Kinder- und Jugendpsychiaatrie [Текст] / H. Stutte // Berlin, Gottingen, - 1960 г., - 678-779 с.
4. Битенский В. С. и др., Наркомании у подростков [Текст] / В. С. Битенский и др. // Киев: Здоров’я, - 1989 г. – 101- 109 с.
5. Вдовиченко А. А., О типах акцентуации характера у делинквентных подростков [Текст] / А. А. Вдовиченко // Москва: Просвещение, - 1989 г. -146 – 152 с.
6. Волкова Т. 3., Лиленко М. Г., 1987. – 45 – 60 с.
7. Гуськов В. С., Шмакова Н. П., 1987, - 80 – 85 с.
8. Дзюбич Л. И. и др., 1987, - 50 с.
9. Заленская Л. М., Смолякова М. М., 1980. – 130 – 139 с.
10. Зефиров С. К., Токсикология [Текст] // С. К. Зефиров // Санкт-Петербург. : Нива, - 1996. -144 с.
11. Иванов Н. Я., 1985. - 110 – 114 с.
12. Кабанова И. П., Строгонова К. А., 1995. – 45 – 50 с.
13. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей, Москва, “Медицина”. 1979. – 150 – 157 с.
14. Ковалев В.В. Социальльно-психологический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков. В кн.: Нарушения поведения у детей и подростков.М.,”Медицина”, 1981, - 11-24 с.
15. Кон И. С. Психология ранней юности [Текст] / И. С. Кон // Москва: Просвещение, - 1989 г. – 34 – 45 с.
16. Лежава Г. Г., Ханаева 3. С., 1989. – 20 с.
17. Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с немецкого. Киев. “Высшая школа”, 1981. – 60 – 62 с.
18. Личко А. Е. Подростковая психиатрия (руководство для врачей). Л., “Медицина”, 1985. – 416 с.
19. Личко А.Е., Битенский В. Учебник по наркомании для подростков [Текст] / А. Е. Личко, В. Битенский // Москва, - 1996 г. – 59-60 с.
20. Марков А., 1987. – 48 с.
21. Морозов Г.В. Особенности клиники шизофренического процесса в подростковом возрасте. Дисс. канд.,М., 1950. – 38 -40 с.
22. Москвичев В. Г., 1988. - 50 - 63 с.
23. Попов Ю. В., Иванов Н. Я., 1988. – 210 с.
24. Родионов И. А. и др., 1987; - 49 – 60 с.
25. Снежневский А. В., 1972. – 10 – 18 с.
26. Соломзес Дж.А., Чебурсон В., Соколовский Г.. Наркотики и общество [Текст] // Дж.А. Соломзес, В. Чебурсон, Г. Соколовский // Москва, № 4, - 1998 г. – 287 с.
27. Строгонов Ю. А., Капанадзе В. Г., 1979. – 47 – 50 с.
28. Тихонов В. Н., 1987. – 38 – 39 с.
29. Чебураков С. Ю" 1989. – 11 – 14 с.
30. Узлов Н. Д., 1983. – 36 -39 с.
31. Узлов Н. Д., 1981; - 70 – 73 с.
32. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М., “Медицина”, 1973. – 130 -139 с.
33. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., “Медицина”, 1978. – 190 – 194 с.