**Методические рекомендации для студентов**

**Тема занятия: «Алкоголизм и алкогольные психозы»**

**Значение темы**: Реальное число больных алкоголизмом в РФ примерно в 10 раз превышает число состоящих на учете в наркологических диспансерах. В мире 30% мужского населения и 10% женского злоупотребляют алкоголем. Согласно исследованиям, в России регулярно употребляют алкоголь 80% мужчин в возрасте от 20 до 55 лет и 60% женщин в возрастной группе 20-50 лет. Соотношение мужчин и женщин, больных алкоголизмом составляет в РФ 5:1. 82% молодежи в возрасте 12-22 лет потребляют алкогольные напитки. Средний возраст, в котором молодежь начинает потреблять алкоголь составляет 14 лет. Пьют алкогольные напитки (включая пиво) ежедневно 33% юношей и 20% девушек. Каждый третий подросток в возрасте 12 лет потребляет пиво. О неблагополучной ситуации в отношении алкоголя свидетельствует существенный рост алкогольных психозов среди подростков. Это прогностически неблагополучный показатель, т.к. для возникновения алкогольного психоза у подростка хронический алкоголизм должен длиться минимум 3 года. Дисфункция родительской семьи является важнейшим фактором в этиологии алкоголизма несовершеннолетних. Отягощенность алкоголизмом по линии отца отмечена у 80% подростков. Алкоголизм по линии матери, сформировавшийся до рождения ребенка, встречался в 28% случаев. Внутриутробное действие алкоголя ведет к формированию алкогольного синдрома плода. Среди причин умственной отсталости АСП занимает первое место.

На основе теоретических знаний и практических умений обучающийся должен

**знать:**

* основные клинические проявления патологического влечения к алкоголю
* проявления физической зависимости (абстинентного синдрома), при алкогольной зависимости
* изменений личности с формированием картины деградации.
* клиническую картину опьянения при алкогольной зависимости
* клинические проявления и прогноз ургентных состояний в наркологии (алкогольный абстинентный синдром, алкогольный делирий).
* понятие созависимости родственников наркологических больных.

**уметь:**

* выявлять состояния опьянения и абстиненции при алкогольной зависимости.
* оказать первую медицинскую помощь и организовать надзор и уход при основных ургентных состояниях в наркологии.

**овладеть ОК и ПК**

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды, за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать повышение квалификации.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

**План изучения темы:**

**1.Контроль исходного уровня знаний**

Ответьте на вопросы:

1.Дайте определение понятию алкоголизм: клиническая картина различных стадий болезни, принципы реабилитации.

2.Расскажите об алкогольном делирии: клиника, течение, прогноз. Организация лечения и сестринского ухода.

3.Что включает в себя Корсаковский синдром: клиническая картина. Организация лечения и сестринского ухода.

4.Перечислите ургентные состояния при алкоголизме. Окажите неотложную помощь по стандартам практической деятельности медицинской сестры в наркологии (риск насилия, направленного на других, ажитация, депрессия, проявляющаяся чувством отчаяния и безысходности).

5.Расскажите о работе с созависимыми: роль среднего персонала в профилактике рецидивов алкоголизма.

**2.Содержание темы**

Методические рекомендации к выполнению работы:

1. Обучающиеся работают со стандартами практической деятельности медицинской сестры в психиатрии; протоколами сестринского наблюдения и ухода за психическими больными; методическими рекомендациями для медицинского персонала психиатрической службы (Приложение 1).
2. Обучающиеся конспектируют алгоритмы оказания первой медицинской помощи при тяжелом алкогольном абстинентном синдроме и тяжело протекающем делирии (Приложение 1).
3. Работая малыми группами, обучающиеся составляют план беседы с «подростками» по теме «Как не стать алкоголиком». Составляют памятки родителям.
4. Обучающиеся проводят беседу на «общем родительском собрании» по профилактике алкоголизма.
5. Обучающиеся, совместно с преподавателем, решают кейс по данной теме (Приложение 2).
6. Обучающиеся, работая парами, решают кейсы по данной теме (Приложение 2).
7. Обучающиеся защищают на оценку выполнение кейсов.

**3.Самостоятельная работа.**

 -Законспектировать стандарты практической деятельности медицинской сестры в психиатрии: беспокойство, обусловленное абстиненцией, проявляющееся в непреодолимом влечении к алкоголю.

 -Законспектировать протоколы сестринского наблюдения и ухода за психическими больными; методические рекомендации для медицинского персонала психиатрической службы (по данной теме).

-Работая малыми группами, обучающиеся составляют план беседы с «подростками» по теме «Как не стать алкоголиком». Составляют памятки родителям.

-Обучающиеся проводят беседу на «общем родительском собрании» по профилактике алкоголизма.

 -Решить с преподавателем кейс с применением сестринского процесса.

-Решить самостоятельно кейсы с применением сестринского процесса.

**4.Итоговый контроль знаний.**

Тестирование (Приложение 3).

**5.Подведение итогов.**

**6. Домашнее задание:**

* Тема «Наркомания»
* Конспект лекции. Учебник стр. 364- 365

**Литература:**

Бортникова С.М. Зубахина Т.В. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: Учебник. – 9-е издание, стереотипное. – Ростов-на – Дону : Феникс, 2012.- ( Медицина).

 **Приложение 1**

**Неотложная  помощь при психомоторном  возбуждении в наркологическом  лечебном учреждении состоит из следующих этапов:**

**1)**  **Тщательное** **обследование** для выявления нераспознанных сопутствующих состояний (особенно: ЧМТ, пневмония, острая патология ЖКТ, отравления лекарственными препаратами и некоторыми токсическими веществами), которые могли спровоцировать делирий и могут привести к ***неблагоприятному*** исходу при отсутствии специфической терапии.

**2)**  **Тщательная** **динамическая оценка состояния больного** (ритм дыхания, сердцебиения, АД, температура тела, диурез).

**3)  Дезинтоксикационная терапия (начинается сразу после оценки состояния больного и проведения физикального обследования)**

      - физиологический раствор (не менее 2\3 всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл и сульфат магния 25% - 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл). Возможно применение других растворов – раствор «Рингера» и др.

      - объем инфузии определяется строго по состоянию пациента. При дегидратации (встречается чаще, особенно если отмечается рвота, диарея, гипергидроз) может потребоваться 1,5-2,0 л жидкости в сутки (лучше в два приема). Введение раствора глюкозы обязательно должно сопровождаться применением тиамина ***(витамина «В1») в\м или в\в для профилактики  утяжеления делирия (!!!). Гемодез не применяется*** (!!!)

**4)  Применение витаминов**

Строго обязательно введение тиамина (vit «В1») в начале лечения – предпочтительно 2,0-4,0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, раздельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя). Пиридоксин (vit «В6») 2,0 – 4,0 в\м – раздельно с vit «В1», не ранее чем через несколько часов после vit «В1», с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2,0 в\м (удобно чередовать введение витаминов - vit «В1»-утром, vit «В6» – вечером). Аскорбиновая кислота (vit «С») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2,0-4,0 мл.

**5)  Применение бензодиазепиновых транквилизаторов** **в\м**

      - S.Phenazepami 0,1% - 3,0-4,0 в\м – при необходимости возможно повторное введение (не более 10 мл\сут)

      - S.Diazepami 0,5% - 4,0-6,0 в\м – при необходимости возможно повторное введение (не более 12 мл\сут)

Однако во многих случаях эти средства недостаточно эффективны и дополнительно приходится назначать нейролептики (галоперидол или дроперидол). ***Использовать хлорпромазин в лечении алкогольных психозов не следует из-за опасности резкого падения артериального давления и усиления помрачения сознания.***

Для лечения корсаковского психоза используют тиамин в высоких дозах и ноотропы (мемантин, пирацетам, семакс, глиатилин, пантогам, пиритинол - пиридитол и пр.

***Внутривенное введение транквилизаторов нежелательно*** (не имеет преимуществ перед внутримышечным, выше риск осложнений). Транквилизаторы применяются до выхода из делирия и в дальнейшем отменяются

**6)  Применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов**

**7)**  При высоком артериальном давлении, тахикардии (симптоматическая артериальная гипертензия и тахикардия – практически постоянные спутники алкогольного делирия и алкогольного абстинентного синдрома – **применение b-блокаторов** – пропранолол (анаприлин) – 20-40 мг 2-3 раза в день или метопролол 25-50 мг 2 раза в день, возможно дополнительное **применение сульфата магния** 25% (магнезии) -5,0 в\м 1-2 раза в день.

**НЕДОПУСТИМО:**

**Подменять все направления лечения медикаментозной седацией**

**Применение нейролептика хлорпромазина, так как его использование сопряжено с высоким риском осложнений и ухудшает прогноз.**

**Применение димедрола и сходных препаратов для седации – они могут значительно утяжелять течение делирия и замедлять выход из него.**

При проведении адекватной терапии в большинстве случаев алкогольный  делирий купируется в течение 2-3 суток. Благоприятным исходом считается выход из делирия в астенический синдром.

**Неотложная  помощь при психомоторном  возбуждении в соматическом  лечебном учреждении состоит из следующих этапов:**

**1)**  **Физическое удержание больного** – проводится силами медицинского персонала максимально бережно, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников. Категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации.  Допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла.  Медсестра обязана находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.).

**2)**  **Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения.** К препаратам выбора относятся бензодиазепиновые транквилизаторы. В нашей стране в настоящее время два транквилизатора доступны в инъекционной форме – диазепам и феназепам:

* S.Diazepami 0,5% - 2,0-6,0 мл внутримышечно или
* S.Phenazepami 0,1% - 2,0-4,0 мл внутримышечно

Доза определяется состоянием пациента. Эффект после внутримышечной инъекции развивается через 10-30 минут. Перед применением транквилизаторов врач обязан исключить состояния, при которых транквилизаторы противопоказаны. Внутривенное введение транквилизаторов не разрешается из-за риска нанесения травмы возбужденному больному и высокого риска остановки дыхания. При развитии психомоторного возбуждения  у пациента, страдающего серьезным  соматическим заболеванием, к применению транквилизаторов следует относиться осторожно. Высокие дозы препаратов нередко приводят к развитию глубокого выключения сознания, что может способствовать утяжелению соматического состояния больного и, безусловно, затруднит последующие диагностические и лечебные манипуляции. В связи с этим предпочтительно введение небольших доз транквилизаторов, которое, при необходимости, всегда можно повторить.

Применение нейролептиков для купирования психомоторного возбуждения в соматической практике необоснованно из-за высокого риска тяжелых побочных эффектов. Нейролептики значительно уступают транквилизаторам в отношении безопасности и ***использование нейролептиков в непсихиатрических стационарах не рекомендуется***.

**3) Вызов бригады СПП или психиатра-консультанта стационара.**

**4)** После применения транквилизаторов и до приезда СПП (прихода психиатра-консультанта) **медсестра обязана продолжать наблюдение за больным, даже если психомоторное возбуждение купировано.**

**5) В медицинской документации** необходимо описательно отразить состояние больного, установить синдромальный диагноз расстройства и указать, что физическое удержание и транквилизаторы были применены для неотложного купирования психомоторного возбуждения

**Лечение и уход при алкоголизме**

Лечение больного алкоголизмом проводится при наличии его согласия, недобровольная госпитализация допускается только в случае развития алкогольных психозов, при которых больные либо опасны для себя и окружающих, либо беспомощны. Предпочтительно, особенно на первых этапах (абстинентный и постабстинентный период), лечение в условиях наркологического или психиатрического стационара. Тактика зависит от этапа течения болезни и состояния больного.

При поступлении больного в состоянии опьянения для более быстрого вытрезвления проводят промывание желудка, форсированный диурез (внутривенное вливание солевых растворов, с последующим струйным вливанием 20-40 мг фуросемида), назначают ацетилсалициловую кислоту, аналептические средства (кофеин) и препараты, вызывавшие рвоту (апоморфин, метронидаэол, повидон ‒ энтеродез) При психомоторном возбуждении больного погружают в медикаментозный сон с помощью нейролептиков (галоперидол), транквилизаторов или барбитуратов, избегая их передозировки.

Важный этап лечения ‒ *купирование абстинентного синдрома.* Проводятся активные терапевтические мероприятия (иногда в условиях палаты интенсивной терапии), поскольку при несвоевременном оказании помощи могут возникнуть делирий, энцефалопатия или опасные для жизни соматические осложнения. В первую очередь следует компенсировать последствия резкой отмены алкоголя, провести дезинтоксикацию и коррекцию метаболических нарушений.

***Основные средства для купирования алкогольного абстинентного синдрома.***

*Препараты, замещающие алкоголь:*

- бензодиазепиновые транквилизаторы в высоких дозах (диазепам, нитразепам, феназепам и пр.);

- барбитураты в высоких дозах (фенобарбитал);

- карбамазепин;

- в исключительных случаях оксибутират натрия или небольшие дозы этанола.

*Средства дезинтоксикации*:

- обильное питье, лучше щелочное или с добавлением органических кислот;

- внутривенное вливание разбавленных растворов кристаллоидов (физиологический раствор, дисоль, раствор Рингера, раствор бикарбоната натрия и др.);

- фуросемид 20-40 мг внутривенно струйно под контролем 1 диуреза;

- неспецифическая дезинтоксикация (внутривенно магния; сульфат, унитиол, внутрь повидон - энтеродез).

*Метаболические и ноотропные средства*:

-тиамин (витамин В,) внутримышечно по 2 мл 5% раствора 1-3 раза в день;

- никотиновая кислота, цианокобаламин, пиридоксин, магний В6, аскорбиновая кислота, мильгамма; фенибут, пиритинол (энцефабол), пантогам, пирацетам, эссенциале, адеметионин.

*Симптоматические средства:*

- гипотензивные (клонидин, пропранолол, атенолол, нифедипин,

верапамил, дилтиазем - кардил, пророксан - пирроксан);

- нейролептики в малых дозах (галоперидол, перициазин - неулептил).

Перечисленные выше мероприятия обязательны и при лечении алкогольных психозов. Однако для купирования возбуждения и подавления симптомов психоза приходится назначать также психотропные средства. Возбуждение при делирии купируют большими дозами транквилизаторов (диазепам, нитразепам, феназепам) барбитуратов (фенобарбитал) или оксибутирата натрия. Однако во многих случаях эти средства недостаточно эффективны и дополнительно приходится назначать нейролептики (галоперидол или дроперидол). ***Использовать хлорпромазин в лечении алкогольных психозов не следует из-за опасности резкого падения артериального давления и усиления помрачения сознания.***

Для лечения корсаковского психоза используют тиамин в высоких дозах и ноотропы (мемантин, пирацетам, семакс, глиатилин, пантогам, пиритинол - пиридитол и пр.)

В постабстинентном периоде основными задачами терапии становятся коррекция патологического влечения к алкоголю, стабилизация настроения, нормализация сна. Используют антидепрессанты (миртазапин, миансерин, пароксетин, флувоксамин и др.), карбамазепин, реже атипичные нейролептики (сульпирид, тиаприд, перициазин). Типичные снотворные средства не назначаются из-за опасности формирования зависимости. Для коррекции сна лучше использовать нейролептики (хлорпротиксен, левомепромазин) или седативные антидепрессанты (миансерин, миртазапин, амитриптилин). Показаны ноотропы (пирацетам, пикамилон, фенибут и др.). При необходимости медикаментозная терапия может продолжаться в течение нескольких месяцев. Важнейшей составляющей лечения алкоголизма является психотерапия, направленная на формирование правильного отношения к своей болезни, а также на активацию здоровых потребностей личности. Используют методы индивидуальной (рациональная, суггестивная и др.) и групповой психотерапии. С больным следует обсудить особенности его болезни, ее социальные последствия, индивидуальные мотивы пьянства, механизмы срыва.

После выписки больного из стационара в течение несколько месяцев проводится противорецидивное лечение. Нередко используют средства, сенсибилизирующие к алкоголю (дисульфирам, метронидазол, левамизол, фурадонин или фуразолидон), а также блокатор опиатных рецепторов налтрексон. Эти средства не позволяют больному употреблять алкоголь, так

как вызывают тяжелую реакцию или препятствуют возникновению эйфории. Лечение сенсибилизирующими средствами можно проводить только с согласия больного и при его поддержке

Также необходимо продолжение психотерапии, направленной на гармонизацию личности больного, его отношений с окружающими. Во многих странах длительные ремиссии становятся возможными при участии пациента в работе Общества анонимных алкоголиков (группы самопомощи), действующего по программе «12 шагов».

**Основные задачи по уходу за больным алкоголизмом.**

* ***В состоянии тяжелого опьянения***:

- контроль за соматическим состоянием;

- предотвращение аспирации рвотных масс;

- надзор и предотвращение опасных действий.

* ***При выраженном абстинентном синдроме***:

-контроль за сном, психическим и соматическим состоянием;

- обильное питье, в случае профузного пота смена белья;

- изоляция, предотвращение употребления алкоголя.

* ***При алкогольных психозах:***

-строгий надзор, предотвращение опасных поступков, в исключительных случаях фиксация;

-активация, предотвращение последствий обездвиженности и гипостатической пневмонии;

- контроль за соматическим состоянием (измерение пульса, АД, температуры).

* ***В постабстинентный период***:

- психологическая поддержка;

- режим занятости.

* ***На этапе поддерживающего лечения***:

- контроль за эмоциональным состоянием;

- социальная реабилитация;

- организация поддержки семьи.

При поступлении больных в стационар в состоянии опьянения следует обращать внимание на положение больного в постели. Оно должно, с одной стороны, быть удобным, а с другой - препятствовать аспирации в случае рвоты. Для больных с позывами на рвоту оптимальна следующая позиция: больной лежит на боку, наклонившись вперед и упираясь рукой несколько ниже челюсти. Нога, лежащая сверху, должна быть согнута в колене и тазобедренном суставе, а нога, лежащая на кровати, выпрямлена.

Больные в состоянии абстиненции нуждаются в тщательном наблюдении. Их приходится активно поить, при обильном потоотделении менять белье. Постоянно измеряют АД, пульс, температуру тела. Следует следить за поведением, упорная бессонница, суетливость, тревога, настороженность указывают на начинающийся делирий.

В этот период вследствие выраженного влечения к алкоголю больные могут быть склонны к побегу или поискам спиртного.

**Созависимость**

Созависимые – это люди, чьи жизни стали *неуправляемыми* в результате проживания в тесных взаимоотношениях с химически зависимым членом семьи (дети, родители, сиблинги – родные братья и сестры, имеющие общих родителей, супруги лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией). ***Неуправляемость*** проявляется: ***в биологической сфере*** (проживание в условиях хронического стресса вызывает появление психосоматических заболеваний – ГБ, ЯЗЖ, БА, СД, псориаз, мигрень); в ***психологической сфере*** (основные чувства – страх, обида, вина, беспомощность, одиночество); ***в духовной сфере:*** смыслом жизни становится контроль химически зависимого (собственная жизнь рассматривается с точки зрения успешности или неуспешности контроля над поведением зависимого); ***в социальной сфере*** (ограничение сферы контактов с целью скрыть трагедию семьи, напряженные отношения с коллегами, родственниками, соседями).

***Суть созависимости – помогать избавлять зависимого от последствий его поведения***. Избавляя пациента от последствий его поведения, близкие затягивают течение болезни и момент обращения за помощью, т.е. поощряют употребление ПАВ.

**Как созависимые помогают развиваться болезни**:

1.***Спасать, жалеть***.

Муж, страдающий алкоголизмом, приходит домой поздно ночью. Грязный до невозможности. Жена дождалась, хотя завтра ей надо на работу. Снимает грязную одежду, дотаскивает мужа до дивана. Потом полночи стирает. Утром он просыпается в теплой, чистой постели. Чисто выстиранная и наглаженная одежда аккуратно сложена на стуле. Жена осторожно напоминает о вчерашнем возвращении, а он не верит: он дома, все чисто, спокойно.

Не давая мужу увидеть последствия его алкоголизации, жена помогает ему не видеть проблемы (алкоголизма). А, если проблемы нет, то и решать ее не надо. Так, жалостью, жена поощряет, вознаграждает алкоголизм мужа: во сколько бы не пришел, в каком мерзком виде бы не был, его ждут, его обстирают и спать уложат в чистую постель.

2.***Контролировать, ругать***.

Муж, весь пьяный и грязный приходит домой поздно ночью. Жена начинает обвинять, кричать, стыдить, бить. Просыпаются и дети, и соседи. Все ругаются, рыдают. Утром он просыпается в прихожей в луже мочи, грязный – стыдно до невозможности. Вина – это боль, а алкоголик выносить боль не может. Он ее или анестезирует (бежит в ларек за спиртным), или компенсирует (в своих проблемах обвиняет других, зная, что они не виновны).

**Беседа на тему: «Как здоровый человек становится алкоголиком?»**

Рассмотрим, как становится алкоголиком нормальный здоровый человек, в том числе подросток.

**Причина № 1. *Широкая распространённость в России неверного представления о сути алкоголизма* (наркологическая безграмотность населения)**

Традиционная ошибка – алкоголиком считают «бывшего» алкоголика, алкоголика третьей, заключительной стадии. Над ним насмехаются, рисуют его на плакатах с красным носом или сидящим в бутылке. Объясняют детям, что таким быть нехорошо, стыдно. Но ведь таким никто и не собирается быть! Вряд ли кто-либо из вас или ваших сверстников когда-либо «мечтал» им стать.

В то же время проявления сформированного, но не запущенного алкоголизма (в виде хорошей переносимости больших количеств алкоголя и приподнятости настроения после употребления) большинство людей считают показателями здоровья, силы, престижности. Это увеличивает риск развития алкоголизма из-за наркологической безграмотности населения: настоящий алкоголик становится кумиром, объектом для подражания. Эта ошибка – основной путь формирования раннего алкоголизма.

К сожалению, такое ошибочное мнение очень широко распространено в России, причём с древних времен. Мнение это можно встретить в русском фольклоре. Достаточно вспомнить описание княжеских пиров в былинах, поведение на них героев этих былин, в том числе и русских богатырей. «Во единый вздох» выпивает на пиру три чарки «зелена вина» Илья Муромец.

А Василий Буслаев, герой новгородских былин, так набирает себе войско.

«В то же время поставил Васька чан среди двора. Наливал чан полон зелена вина. Опущал он чару в полтора ведра». Сможешь выпить ее и после этого выдержать другие испытания – значит силен, значит можешь в войске служить. Былина – былиной, но и в современном фильме «Василий Буслаев» войско для защиты Руси от врага набирается этим же способом.

Характерно для фольклора также мнение, что вино, водка могут дать человеку здоровье, силу. В былине «Исцеление Ильи Муромца» Илья, пролежавший без движения тридцать три года, после двух ведер водки выздоравливает, а после третьего – становится богатырем.

Собираясь на битву с врагом, богатыри нередко выпивают большое количество алкоголя для того, чтобы стать сильнее. Так, русский богатырь Василий Игнатьевич, выпив четыре с половиной ведра вина, отправился биться с врагами и «прибил, пригубил всех до единого».

Герою сибирского фольклора Ополону-царевичу по сюжету одной из сказок предстоит драться с тремя змеями «о трех головах, о шести и двенадцати». И чем больше голов у очередного змея, тем больше вина нужно выпить богатырю для удачного исхода сражения.

Ложное мнение о хорошей переносимости алкоголя как признаке здоровья и силы часто можно встретить и в русской литературе, в том числе и у известных писателей.

«Яшвин был в полку лучший приятель Вронского. Вронский любил его и за его необычайную физическую силу, которую он большею частью выказывал тем, что мог пить, как бочка, не спать и быть всё таким же, и за большую нравственную силу, которую он выказывал в от­ношениях к начальникам и товарищам, вызывая к себе страх и уважение, и в игре, которую он вел на десятки тысяч и всегда, несмотря на выпитое вино, так тонко и твердо, что считался первым игроком в Английском клубе» (Л.Н. Толстой, «Анна Каренина»).

У М. Шолохова в «Судьбе человека» Андрей Соколов так говорит о себе: «Парень я был здоровый, сильный, как дьявол, выпить мог много, а до дому всегда добирался своими ногами».

В романе «Я пришел дать вам волю» В. Шукшина Степан Разин, его прославленные есаулы и казаки устраивают загул, пьют много, утром опохмеляются, а автор отмечает: «Так русский человек отдыхает…так и было всегда. А как же если не так?»

Во всех приведенных примерах способность много выпить не пьянея изображается в трёх вариантах:

* как изолированное, положительное качество героя;
* как положительное качество, сочетающееся с другими проявлениями силы, ума;
* как характерная черта русского человека.

В кино- и видеофильмах также можно встретить аналогичные моменты. Не исключено, что читатель или кинозритель, встретив на страницах книги или экране честного, смелого, доброго героя, выберет его объектом подражания и, подражая, постарается выработать у себя и способность много пить не пьянея.

Ложное, ошибочное мнение о сути алкоголизма характерно не только для России, но и для всех христианских стран. С древности в этих странах быть пьющим человеком было позорно. Сформировался образ пьяницы – пьющего, пьяного. А следом за ним возник образ антипьяницы – **непьянеющего человека.**

**Причина № 2. *Специфика подросткового возраста***

Наркологи считают, что около 30% старшеклассников являются «потенциальными алкоголиками». Они, возможно, и не употребляют спиртное, пьющими могут и не стать, но готовность к «алкогольным тренировкам» у них уже сформирована.

Такая готовность становится заметной с 10–12 лет, т.е. со времени учебы в 5–7 классе. У детей снижается успеваемость. Учителя их характеризует как способных, но ленивых. Под любым предлогом такие дети уклоняются от участия в кружках и секциях, прекращают учебу в музыкальных, спортивных и им подобных школах. Часто пропускают занятия. В это время днями бесцельно бродят по улице, смотрят подряд все телепередачи, кино- и видеофильмы, читают только «про мафию» и комиксы в журналах. Уже к 14 годам такие школьники отстают в развитии от остальных своих сверстников.

С 14 до 17 лет происходит возрастной кризис в развитии психики. В эти годы подростки формируют свое индивидуальное мнение по большинству вопросов. Их точка зрения во многом отличается от мнения родителей и педагогов. Значительная часть времени в этом возрасте проводится в подростковых группах, которые формируются по интересам (учеба, музыка, спорт и т.п.).

«Потенциальный алкоголик» плохо учится, поэтому он не станет «своим» в группе хорошо успевающих. Такой подросток не занимается регулярно музыкой, спортом – он не будет «чувствовать себя уютно» среди музыкантов, спортсменов.

Но в 14–16 лет «выделиться», «занять достойное место» – внутренняя необходимость для подростка. Такие подростки объединяются в асоциально ориентированные группы. Здесь не нужны успехи в учебе, спорте, музыке. Более важно демонстрировать свое отрицательное отноше­ние к знаниям, к однообразному труду, которым является учеба: «Пусть он отличник, но маменькин сынок, и выпить бутылку водки для него – слабо!» или «Он, конечно, на скрипочке своей на конкурсах играет, но в вену ширнуться – кишка тонка!».

Одним из важнейших показателей для вступления в асоциально ориентированную группу и «полноценного» существова­ния в ней служит такой престижный признак, как физическая сила и ее проявления. В асоциальных группах подростки, как правило, алкоголизируются. Уважением пользуется тот, кто мо­жет выпить 1–2 стакана водки и не опьянеть. Алкогольные тренировки через полгода-год позволят «начинающим» выпивать без заметных последствий достаточно большое количество алкоголя. С этого времени появится возможность «смотреть свысока» на «хилых» и «слабаков», стать объектом подражания, кумиром среди себе подобных. Таких кумиров формирует не улица. Асоциально ориентированные подростки сами активно ищут себе подобных. Готовность стать «алкогольным кумиром» закладывается воспитанием в семье, в группе друзей и даже (как это ни парадоксально) в школе.

**Причина № 3. *Специфика воспитания***

Много семей, где отцы – алкоголики второй и третьей стадий. Преобладают же среди родителей алкоголики первой стадии, которые хорошую переносимость больших количеств спиртного считают показателем здоровья, престижности. Раньше или позже такой точки зрения начинают придерживаться и их дети.

Если отец с похмелья шантажирует мать, требуя денег; если он каждый вечер «приползает» домой, – объектом для подражания он не станет. Более **опасно наличие в семье алкоголика первой стадии**.

Обсудим несколько типичных ситуаций.

***Ситуация первая*.** Мать обвиняет отца в том, что он пьянствует. Отец отвечает: он не алкоголик, ничего общего с пьяницами не имеет. При этом приводит доводы: вчера выпил стакан водки, пришел домой, члены семьи даже не заметили, что он выпил; он может неделю или более не употреблять алкоголь, когда выпьет – хорошо себя чувствует, нет утром тяги к опохмелению, у него не красный нос, он не пропивает деньги.

***Ситуация вторая***. Собрались гости. Отец выпил больше всех, он остается веселым, остроумным, душой компании.

***Ситуация третья***. Отец пришел с работы. Устал, молча поужинал, отдыхает, ни с кем не хочет разговаривать. Сын просит помочь решить задачу. Реакция отца: «Отстань, не видишь – устал!» Вскоре пришел сосед. Выпили. У отца поднялось настроение, прошла усталость. Он охотно беседует, интересуется школьными успехами сына: «Что там у тебя с задачей, сынок?»

***Ситуация четвёртая***. Уже известные нам четверо мужчин пили-гуляли, женщинам захотелось потанцевать, а танцор – только один, тот, который много пьёт, но не пьянеет. Наутро жена Степану говорит: «Мне вчера за тебя так стыдно было. Ты даже полбутылки не выпил, а уже свалился. Мы же отдохнуть, развлечься приехали, а вон что получилось. А вот Петр молодец! Пил больше тебя, а трезвый, со всеми танцевал, такие истории рассказывал! Вот у кого учиться надо, как с дамами обращаться».

***Ситуация пятая***. Дискотека в школе для старшеклассников. Несколько парней принесли пива, водки. Выпили сами, предложили другим: «Да что вы всё как дети малые, пора уже и повзрослеть! Что?! Ты ещё не пробовал?! На, угостись, а то так и останешься маменькиным сынком!» На их уговоры и подкалывания поддался кто-то из не употребляющих или крайне редко употребляющих алкоголь. Выпил (хотелось, чтобы одноклассники относились к нему уважительно; хотелось поддержать компанию). Поболтали, выпили еще. Пошли танцевать. Их компанию заметили учителя. Подошли: «Что у вас, мальчики?» «Да ничего, Марина Петровна! Всё в порядке!» Говорят чётко, весело, походка ровная. Тот, которого уговорили выпить, тоже попытался что-то ответить, но получилось плохо, не очень связно. Пошел, запнулся, качнулся. «Так, Витя, всё ясно – ты напился! Живо к директору!» И начинается: разборки с директором, с классным руководителем, родителей в школу вызовут, в классе разговоры и насмешки пойдут… А та компания одноклассников после уроков в школьном дворе отзывает в сторону: «Да, бедолага, досталось тебе. Ну, извини. Мы и не думали, что ты ещё пить не умеешь. Ничего, брат. Серега раньше тоже пить не умел, за полгода с нами научился. Теперь его ни мать, ни директриса пьяным не поймают. Так что давай тренироваться!»

Именно такие ситуации наблюдают дети, подростки. Постепенно у них формируется убеждение, что хорошая переносимость больших количеств алкоголя и приподнятость настроения в пьяном виде – весьма позитивное качество.

***«Как не стать алкоголиком?»***

Необходимо помнить четыре вещи: ***возраст, свобода, досуг****,* ***партнер.***

Первое – это **возраст**. Запомним следующее: важный возраст в жизни человека – 21–24 года, именно в это время окончательно формируются («созревают») лобные доли мозга, ответственные за интеллектуальные способности. Поэтому в 25 лет мозг более устойчив к разрушающему воздействию яда (в том числе и алкоголя, который таковым является), чем в более молодом возрасте. Не зря в США запрещено продавать алкоголь людям младше 21 года!

В разном возрасте алкоголизм развивается с разной скоростью. Чем младше человек, тем быстрее это происходит!

 Если в 25–27 лет человек поставил себе задачу научиться много пить и не пьянеть, то через год эта задача будет выполнена. Он станет алкоголиком первой стадии, что позволит ему «свысока» смотреть на «слабаков», плохо переносящих уже привычные для него дозы алкоголя. Алкоголиком третьей стадии (с тягой к опохмелению, с запоями, с красным носом и т.п.) он будет только к 35–45 годам.

Если человек подобное «закаливание» начнет с 18–20 лет, то алкоголиком третьей стадии он станет уже к 22–24 годам.

В подростковом возрасте алкоголизм первой стадии сформируется за полгода. При продолжении употребления больших количеств алкоголя через 2–3 года молодой человек дойдёт до заключительной стадии алкоголизма.

От взрослых часто можно услышать, что если у человека сильная воля, то он может в любой момент прекратить пить, «завязать». Да, может. Но проблема в том, что *эта* болезнь (алкоголизм) не имеет обратного хода. Человек останется на той стадии, на которой остановился. И все изменения, которые претерпели его интеллект, память, его внутренние органы, останутся неизменными. Более того, если этот человек вновь начнет употреблять алкоголь, болезнь будет продолжать своё логическое развитие с той стадии, на которой она была остановлена.

Итак, **важные моменты**, к которым мы пришли:

* Постараться жить без употребления алкоголя как можно дольше (до 21 года, лучше до 24 лет).
* Если употребление алкоголя в вашей компании уже обычное дело, постарайтесь пить мало, очень мало и только слабоалкогольные напитки.
* Если употребление больших доз алкоголя в вашей компании обычное дело (причем не важно, частое или не очень, так как частое употребление больших доз сформирует алкоголизм, а редкое употребление больших доз «посадит» вашу печень) – может быть, вам сменить компанию?
* Если употребление больших доз алкоголя в вашей компании обычное дело, но они хорошие ребята и не виноваты в том, что не знают симптомов первой стадии алкоголизма, может быть, вы им об этом расскажете? Не умирать же им, в конце концов, от наркологической неграмотности?

Второе – это **свобода.** Помните о том, что у вас всегда есть свобода выбора: пить или не пить и сколько пить.

Если бы в смоделированной нами ситуации с четырьмя мужчинами здоровый мужчина не пил или выпил бы не более 50–100 мл алкоголя, он чувствовал бы себя достаточно нормально, поддерживал беседу, танцевал, провёл бы хорошую ночь с женой, а наутро отправился на работу. Неужели пить *много* было так необходимо? Неужели *обстоятельства* были таковы, что ему никак нельзя было поступить по-другому? Выбор есть всегда. Хотя, конечно, это не простая проблема – *принуждение к употреблению алкоголя, тем более в тинэйджерской группе.*

***Правила взаимодействия с манипуляторами***

* Если к вам относятся уважительно, вас ни к чему принуждать не будут, в том числе и к употреблению алкоголя.
* Если компания, в которой вы оказались, собирается выпить и приглашает вас к этому занятию фразами «ты же не маменькин сынок/дочка», «мы уже большие», «докажи, что ты не слабак», «покажи, что ты умеешь» и т.п., можете быть уверены: они знают (или чувствуют), что вы лучше, выше, успешнее их. Их цель – самовозвышение за счёт вашего принижения. Они не видят другого способа стать вам равными, дорасти до вас. Не позволяйте им себя провести, тем более так грубо.
* Если ваш пол – женский, а компания, в которой вы оказались, разнополая (мальчики-девочки) и собирается выпить, приглашая вас к этому занятию фразами «ну, что же ты, у нас так не принято, пей до дна», «давай ещё с тобой выпьем», будьте осторожны: вас может ожидать и сексуальное принуждение (нетрезвая девушка сопротивления оказать в большинстве случаев не в состоянии).

Третий момент – **досуг**. Практика показывает, что в алкогольные сети попадают те, кому «нечего делать», «нечем себя занять».

* Организуйте свой досуг: посещайте секцию или кружок, имейте хобби, читайте больше, осваивайте компьютер, займитесь изучением иностранного языка, организуйте футбольную команду – всё это пригодится вам и во взрослой жизни.

И, наконец, – **партнер**. Если вы не станете алкоголиком, но им окажется ваш партнер (тем более муж или жена), и у вас, и у ваших детей будет много дополнительных проблем.

* Моральное преступление – выйти замуж за человека, у которого после 1–2 стаканов водки не развивается отравление алкоголем.

**ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**

**БОЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗМОМ *(первая стадия)*:**

***√* не пьянеет после употребления 200–300 мл водки;**

***√* повышается настроение в состоянии опьянения;**

***√* на следующий день после употребления такого количества крепкого алкоголя самочувствие и работоспособность остаются хорошими;**

***√* нет тяги к опохмелению.**

**ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК:**

***√* после употребления 200–300 мл водки развивается выраженное опьянение со слабостью, сонливостью, тошнотой, нарушением координации;**

***√* прием большего количества алкогольных напитков вызовет отравление с рвотой;**

***√* на следующий день после употребления 200-300 мл крепкого алкоголя чувствует слабость, разбитость, сильную головную боль, работоспособность снижена.**

**ПАМЯТКА**

**ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**

**Однозначно можно судить об употреблении опиатов по следующим признакам:**

**1. Зрачки.** У человека, не принимающего наркотики, зрачок активно реагирует на свет: сужается при ярком освещении, расширяется в темноте. При введении в организм наркотиков-опиатов зрачок резко сужается и перестает реагировать на свет. При вынужденном воздержании от приема наркотика (в случае сформировавшейся наркотической зависимости) зрачки становятся резко расширенными.

**2. Следы от уколов, синяки, порезы** кожи в области предплечий или на ногах.

**3. Появление в вещах шприцов, неизвестных ампул, таблеток, жидкостей, порошков, травы, соломы, закопченной посуды.**

**Другие симптомы**, характерные для наркомании (их появление возможно и при других, не связанных с наркотиками заболеваниях):

**Настроение.** Резкие колебания настроения. Появление приступов тоски, уныния или беспокойства, суетливости, не характерных ранее. Повышенная раздражительность, истерики.

**Поведение.** Снижение активности, успеваемости, неожиданная потеря интереса к прежним увлечениям, выраженная сонливость, заторможенность, но могут появиться и не характерные ранее приступы болтливости с повышенной физической активностью. Подросток производит впечатление «странного», «не такого, как был раньше», становится лживым, проявляет повышенный интерес к деньгам, может продавать из дома вещи как свои, так и чужие.

**Аппетит.** Потеря аппетита либо наоборот – необычайная прожорливость.

**Одежда.** Появление пятен крови на рукавах. Стремление сразу после пробуждения надевать рубашку с длинным рукавом, нежелание раздеваться в присутствии родителей. Неряшливость в одежде.

 **Приложение 2**

 **Кейс 1**

Пациент Делев Василий Николаевич, 52 года, главный инженер авиапредприятия, женат, имеет взрослого сына. Страдает хроническим бронхитом с ежегодными обострениями, курит с 15 лет по 30 сигарет в день. Поступил в терапевтическую клинику в плановом порядке с целью обследования состояния легких.

Начал злоупотреблять алкоголем с 30 лет, когда попал в коллектив, где было принято отмечать выпивкой любой праздник. Наблюдался быстрый рост переносимости спиртного: для достижения чувства приятной раскованности, появления уверенности в себе, приподнятости требовалось выпить 200-300 мл водки. Активно участвовал в приготовлении к застольям, закупал спиртное. Продолжал выпивку в выходные дни дома с приятелями. Примерно 15 лет назад сформировался абстинентный синдром, который проявлялся потливостью, ознобом, сердцебиением, общим физическим дискомфортом, усилением кашля с отхождением мокроты, поверхностным сном. Переносимость алкоголя установилась на уровне 0,5 литра водки в день, каковой остается по настоящее время. Тогда же впервые обратился за врачебной помощью по поводу неспособности самостоятельно прервать запой из-за неодолимого влечения к алкоголю. Находился в течении 1 месяца в наркологическом стационаре, лечение было завершено процедурой «кодирования». Ремиссия длилась 5 лет, после чего развился рецидив болезни. Пьянство носило характер псевдозапоев по 7-10 дней, которые повторялись каждый месяц, начинаясь в дни зарплаты и прерываясь очередным конфликтом в семье или на работе. За день выпивал до 0,5 л водки, утром не пил, однако последние 2 года стал позволять себе прогулы или приходил на работу с запахом спиртного. Абстинентный синдром стал более тягостным и продолжительным (до 4-5 дней: присоединились тремор рук, подавленность, тревога). Однажды на высоте похмелья увидел человека, лежащего на шкафу в его комнате, пережил страх. Повторно лечился от алкоголизма, были ремиссии различной продолжительности – от 1 года до 3 лет. Возобновил прием спиртного за месяц до описываемых событий на дне рождения сына (до этого 8 месяцев не пил). Поскольку после употребления алкоголя не было никаких осложнений, продолжил выпивать, последние 2 недели ежедневно. Стремился немного снизить дозы спиртного, поскольку планировал лечь в терапевтический стационар. Перешел на употребление пива, в день употреблял по 1,5 л этого напитка.

К вечеру второго дня пребывания в терапевтическом стационаре сосед по палате заметил, что пациент стал суетлив, ночью не спал, задавал вопросы: «Где выход?», «Что сделать, чтобы меня не оставили в полиции на ночь?». Дежурному врачу заявил, что находится в отделении полиции, так как его задержали вместе с приятельницей. С ужасом на лице сообщил, что слышит крики дерущихся в камере людей, боится, что ему «отобьют почки». Всматриваясь в темный угол палаты, видел потоки воды, наполняющей помещение. Тревожно озирался. Не верил вызванному психиатру, что их «выпустят отсюда». В машине скорой помощи смотрел по сторонам, утверждая, что автомобиль едет назад в «отделение полиции». Предлагал врачу-психиатру заехать в магазин, чтобы купить пару бутылок пива каждому. Войдя в помещение наркологического диспансера, с радостью узнал обстановку отделения. Правильно вел себя при оформлении истории болезни. Однако, предоставленный самому себе в палате, стал метаться, заявил, что ему надо срочно составить завещание на сына.

После повторных внутримышечных инъекций диазепама (всего 8 мл) и приема 0,2 г фенобарбитала немного успокоился, ночь провел в полудремоте. В последующие дни получал витамины и седативные средства, проводилась дезинтоксикация. Затем были назначены также антибиотики в связи с бронхопневмонией. В течение 3 суток больной оставался возбужденным и дезориентированным в месте и времени, речь была бессвязной. После наступившего глубокого сна, длившегося 12 ч, больной вышел из психотического состояния, не помнил содержания ни своих болезненных переживаний в период расстроенного сознания, ни обстоятельств перевода в наркологический диспансер. В течение 2 недель сохранялись выраженные признаки астении.

**Задания:**

1.Определите предположительно нозологическую форму данного хронического психического расстройства.

2.Определите неотложное состояние и перечислите принципы оказания помощи.

3.Определите проблемы пациента.

Составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

4. Перечислите особенности неотложной помощи при психомоторном  возбуждении в соматическом  лечебном учреждении и в наркологическом диспансере.

5.Расскажите о лечении и уходе при алкоголизме.

 **Кейс 2**

Четыре брата (здоровый человек, алкоголик первой стадии, алкоголик второй стадии и алкоголик третьей стадии) мужчины возраста 30–40 лет решили вместе собраться в воскресный день, отметить праздник.

Четверо мужчин вместе с женами в воскресенье после обеда, каждая семья на своей машине, приезжают на дачу к одному из них.

Все ***выпили по 150 мл водки*** (коньяка) или по 200–300 мл вина. Выпили, скорее всего, не за один раз, а постепенно.

Степан от этого количества алкоголя **опьянел**. У него покраснело лицо, появилась вялость и сонливость, его начало подташнивать. Истинной радости, веселья для него нет. Он вынужден «играть роль веселого человека», чтобы «поддержать компанию».

Петр после употребления 150 мл крепкого алкогольного напитка остался почти трезвым. Внешних признаков опьянения у него мало.

Василий в это время также будет почти трезвым. У него тоже повысится настроение. Правда, он не станет «душой компании», а начнет предлагать выпить снова. В его речи появятся плоские шутки, вульгарные выражения (например, «хорошо сидим, в натуре», «давайте примем на грудь ещё по сто» и т.п.). Он будет размахивать руками, рассказывать примитивные, пошлые анекдоты.

Иван после 150 мл станет пьяным. В этом – его явное сходство с нормальным, здоровым гостем. Но его опьянение четко отличается от опьянения здорового человека. Он будет угрюмым, недовольным, начнет «выяснять отношения», без конца повторять: «Я говорю, пей, если ты меня уважаешь». Без видимого повода начнет оскорблять гостей, готов затеять драку.

Мужчины ***опять выпили по 150 мл водки*** (коньяка) или по 200–300 мл вина. Их поведение изменилось:

Степан будет сильно пьян. Его начнет «пошатывать», станет «заплетаться» язык, усилятся вялость, тошнота. В таком состоянии он, скорее всего, попытается незаметно выйти в ванную комнату, туалет или на улицу и вызвать у себя рвоту, что несколько облегчит его самочувствие.

У Петра появятся признаки только легкого опьянения. Движения останутся довольно четкими и координированными мало изменится речь. Настроение будет явно приподнятым. Он останется веселым, остроумным, будет «душой компании» и дальше.

Мало изменится поведение Василия. Опьянение также будет нерезким, настроение останется несколько приподнятым. В разговоре он все чаще начнет обращаться к алкогольным темам (где пили, с кем, что и сколько), к выяснению отношений. Все меньше будет прислушиваться к мнению других гостей, общую беседу не поддерживает; говорит сам, не замечая, что его не слушают.

Иван после приема такой дозы может оказаться «под столом».

Наступило время, когда водка закончилась.

Нужно ***доехать на автомобиле***. Жёны ехать не хотят: «Нам водка не нужна, мы не пить, а отдыхать сюда приехали».

Степан ехать не может – пьян, да и не согласится никогда, ведь в аварию попасть можно: себя, других людей и машину покалечить.

Василий готов поехать, но вот беда – конфликтный стал очень, агрессивный: «Подумаешь, ГИБДД встречу! Я им к а к…..». Такого отпускать опасно.

Иван пьяный спит, да и машину уже несколько лет в их семье жена водит, ему не доверяет.

Остается Петр, который говорит: «Дайте мне рот чем-нибудь прополоскать или укропчика пожевать, чтоб запаха не было. Я на прошлой неделе тоже в гостях был, а потом ехал – инспектор меня остановил. Так я вышел, поговорил с ним, он даже не заметил, что я пил».

Съездил он за алкоголем, вернулся. Открыли бутылки. Кто-то на кого-то что-то пролил. Началось «выяснение отношений», переросло в ***конфликт. Поведение в конфликте*** также будет разным.

Степан активное участие в конфликте принимать не сможет. Будут мешать вялость, разбитость, нарастающая тошнота. Вести он себя будет по принципу: «Оставьте меня в покое, дайте хоть немного отдохнуть, посидеть в тишине».

Петр попытается этот конфликт «разрядить», отвлечь гостей. Этому будет способствовать приподнятость его настроения. Недоразумения между гостями он найдет мелкими, несущественными. Его поведение будет строиться по принципу: «Что вы, ребята, так хорошо сидим, давайте лучше выпьем, споём и снова выпьем».

У Василия приподнятость настроения сменится озлобленностью. Он начнет размахивать руками, повышать голос, «рвать на себе рубаху», употреблять нецензурные выражения, оскорблять гостей и хозяев. Отвлечь его будет трудно.

Иван начнет конфликт даже без формального повода, если к этому времени не окажется под столом. Он сам явится зачинщиком конфликта. Обычно, если в компании уже знают о специфичном поведении такого гостя, его стараются поскорее напоить, чтобы он спал, никому не мешал, не лез драться и не крушил мебель.

Женщины предлагают ***потанцевать***.

Степану – не до танцев. Василий – агрессивен. Иван наконец-то снова угомонился и уснул, его лучше не трогать. Со всеми дамами танцует, всех развлекает Петр.

Хозяева предлагают снова и снова выпить. Раньше или позже все четверо мужчин оказались пьяными. Легли спать.

***Наступила ночь.***

Степан в эту ночь спать не сможет. Будет болеть голова и все тело. Начнет «плавать» земля, «шататься» кровать. Появится длительная, изнуряющая рвота.

Остальные гости будут спать удовлетворительно.

***Утром*** их ***самочувствие*** снова окажется разным. Это утро понедельника и всем надо на работу.

Степан будет себя чувствовать очень плохо. В его состоянии мы можем найти много общего с состоянием человека, отравившегося угарным газом. Он встанет бледным, беспомощным, у него окажется «чугунной» голова, трудно будет шевелить руками и ногами. Друзья предлагают выпить, «опохмелиться», но само упоминание о водке, ее вид и запах вызовут отвращение, даже рвоту. Приступить к работе в этот день Степан не сможет. Резко выраженное отвращение к алкоголю сохранится неделю или более.

Самочувствие Петра утром окажется хорошим. Некоторая слабость и разбитость пройдут через 2–3 часа после завтрака. Уже к обеду у него практически полностью восстановится работоспособность. Петр не будет испытывать отвращения к спиртному. Если «появится необходимость», он сможет без тяжелых последствий много пить и на второй, и на третий день.

Совершенно иным будет утром самочувствие у Василия и Ивана, они, как и Степан, будут чувствовать себя очень плохо, но ощущения их и поведение будут иными. Если к тому же они до этого употребляли алкоголь 2–3 дня подряд, то мы будем наблюдать такую картину.

Проснутся рано, тревожными и озлобленными, с трясущимися руками и телом. Будут покрыты потом, как при выходе из парной. Еще больше покраснеет и без того красный нос. Появится тяга к опохмелению. Начнут метаться по дому в поисках водки, требовать немедленно водку «купить», «достать». На любое замечание разразятся бранью, оскорблениями. Если в таком состоянии они обратятся за помощью к участковому терапевту, то почти наверняка (если сумеют скрыть запах изо рта) получат больничный лист: температура 37,2, обильное потоотделение – основные признаки острой респираторно-вирусной инфекции. Но после приема 100–150 мл водки (или 200–250 мл вина) их состояние сразу улучшится. Они успокоятся, прекратится «тряска» рук и тела, уменьшится потливость. Ближайшие 2–3 часа они смогут даже работать. Самочувствие ухудшится к обеду. Снова появится тяга к опохмелению, дрожание тела, потливость, сердцебиение и т.д. К вечеру они снова напиваются. Иван, как правило, «уходит в запой».

***Влияние алкоголя на работоспособность***.

Степан: хотя приступить к работе в день после употребления больших доз алкоголя он не сможет, в принципе его работоспособность (если нет серьезных хронических заболеваний) очень высока. Взрослый человек может работать по 12 и более часов в сутки длительное время (месяцы) без видимых последствий. Он в состоянии постоянно наращивать свой профессиональный уровень, руководить людьми, создать свою фирму.

Петр: работоспособность снижена. *У*же через 3–4 часа работы развивается усталость, всё труднее сосредоточиться, он все чаще отвлекается, стремится сделать перерыв в работе: пойти «покурить», поболтать с кем-нибудь. При самых незначительных замечаниях краснеет, покрывается потом, злится. Петр не сможет реализовать данные ему природой и полученным образованием возможности: мог бы стать директором фирмы, останется рядовым сотрудником. Причина этого в том, что на этой стадии происходит разрушение мозга и других органов. Это ведет к утомляемости, болезням, очень серьёзно страдает память. Степан, как бы ни был пьян, на следующий день помнит всё, что было вчера. Петр вроде бы и почти пьян не был, но отдельные факты из памяти выпадают: «Да ты что, я так сказал, я это действительно сделал?!» Иван – забывает почти всё.

***Влияние алкоголя на общение***

Петру предлагают пойти в кино или театр, он отвечает, «что они могут путного показать», «хватит и телевизора», «лучше посидим дома, есть хорошая водка». Это «посидим» затягивается на 4–6 часов и сводится к алкоголизации, «перемалыванию косточек» членов семьи и сослуживцев, обсуждению интимных подробностей их жизни.

Есть выбор: «можно пойти к Виктору, можно к Сергею. У Виктора нужно будет делать вид, что тебя интересуют его скучная музыка и шахматы. А Сергей поставит бутылочку, посидим». Петр выберет вариант с Сергеем и тем же сюжетом на 4–6 часов.

Зовут пойти в спортзал поиграть в волейбол. Петр отвечает: «Это скучно, однообразно. Лучше побродим, подышим воздухом». «Дышание воздухом» будет сводиться к курению и алкоголизации в подъезде дома или сквере, к отпусканию плоских шуток в адрес прохожих, хозяев квартир и общих знакомых, к рассказыванию сальных анекдотов; закончиться всё может «выяснением отношений».

Петр уверен, что он живет полноценной жизнью. Тот факт, что он постоянно оказывается в пьяной компании, ему кажется только случайным совпадением. «Перемалывание косточек» родным и знакомым – очень интересным и нужным занятием.

Умственные возможности Ивана снижены. Речь засорена вульгаризмами, инвективной лексикой (нецензурными словами и выражениями), так как ему становится трудно подбирать слова и строить длинные сложные фразы. Речь упрощена: «Я говорю, пойдешь!.. А она, да пошёл ты… Я говорю, кому сказал!.. Короче, ты меня понял». Разговор на любую тему часто заканчивается фразой: «пошел» с тем-то, «выпил» столько-то. В итоге общение Ивана сводится к регулярной алкоголизации.

**Задания:**

1.Охарактеризуйте, как ведут себя в одной и той же бытовой ситуации здоровые люди и люди, страдающие разными стадиями алкогольной зависимости.

2.Охарактеризуйте содержание понятия созависимость.

3.Проведите беседу на тему «Как здоровый человек становится алкоголиком?»

 **Приложение 3**

**Тестовый контроль по теме: «Хронический алкоголизм. Алкогольные психозы»**

Выберите среди слов, заключенных в скобки, наиболее подходящие по смыслу.

1. При возникновении возбуждения у больного с острым психозом следует в первую очередь (фиксировать больного, попытаться уговорить больного принять лекарства, сделать инъекцию нейролептиков с принуждением).
2. Психомоторное возбуждение НЕ характерно для (кататонического синдрома, корсаковского синдрома, делирия, мании).
3. Больных, совершивших в прошлом преступление по психическому состоянию, на дому должен регулярно осматривать (врач ПНД, участковый милиционер, участковая медсестра).
4. К факторам, определяющим высокий риск суицида, НЕ относят (алкоголизм, религиозность, суицидальные попытки в прошлом, предстоящую операцию).
5. Высокий риск самоубийства (является, не является) разрешенным Законом основанием для недобровольной госпитализации.
6. У активно суицидального больного в первые дни лечения можно снизить риск самоубийства назначением (антидепрессантов, седативных нейролептиков, ноотропов, психостимуляторов).
7. Чтобы своевременно выявить уклонение от приема пищи, необходимо регулярно (наблюдать за приемом пищи, определять количество гемоглобина и эритроцитов в крови, проводить взвешивание, проводить анализ кала).
8. Признаком начинающегося делирия является (подавленное настроение, упорная бессонница, боль за грудиной, снижение АД).
9. Глубокое помрачение сознания с нарушением координации движений, птозом и судорожными припадками характерно для (болезни Альцгеймера, энцефалопатии Гайе-Вернике, профессионального делирия, интоксикации опиатами).
10. Решающее значение для прекращения делирия имеет (введение нейролептиков, назначение антидепрессантов, дезинтоксикационная терапия, прием барбитуратов)
11. Для полноценного выздоровления больным с делирием важно (проводить фиксацию мягкими ремнями, добиваться быстрейшего исчезновения бреда и галлюцинаций, поддерживать двигательную активность больного в течение дня).
12. Эффективным средством купирования эпилептического статуса является внутривенное введение (галоперидола, седуксена, пирацетама, акинетона).
13. Больным с впервые в жизни возникшим острым приступом шизофрении следует регулярно (проводить очистительные клизмы, измерять температуру тела, давать солевое слабительное, протирать кожу салициловым спиртом).
14. При лечении азалептином необходимо регулярно (проводить рентгенографию грудной клетки, взвешивать больного, давать солевое слабительное, делать общий анализ крови).
15. Злокачественный нейролептический синдром проявляется (резким подъемом температуры, повторной рвотой, кашлем и потерей голоса, судорогами и потерей сознания).
16. Серотониновый синдром возникает при сочетании антидепрессантов из группы СИОЗС с (нейролептиками, трициклическими антидепрессантами, пирацетамом, ингибиторами МАО).
17. Редкое поверхностное дыхание и сужение зрачков наблюдается при отравлении (нейролептиками, ТЦА, барбитуратами, кокаином, опиатами).
18. Больному, принявшему примерно 1ч назад высокую дозу психотропного вещества, находящемуся в оглушении, следует в первую очередь (провести интубацию и управляемое дыхание, промыть желудок, ввести внутривенно гемодез, обложить голову льдом).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |