

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет
(национальный исследовательский университет)»
«Высшая медико-биологическая школа»
Кафедра «Клиническая психология»

РАБОТА ПРОВЕРЕНА

Рецензент, врач нарколог высшей
категорий, заведующий мужским
отделением «ЧОКНБ».

_____ Н.Н. Непомнящий
_____ 2018 г.

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

_____ М.А. Беремин
_____ 2018 г.

Невротические проявления у больных алкоголизмом

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ
ЮУрГУ–37.0501.2018.887 ПЗ ВКР

Руководитель работы,
заведующий кафедрой

_____ М.А. Беремин
_____ 2018 г.

Автор работы

студент группы МБ-663

_____ Э.О. Русанова
_____ 2018 г.

Нормоконтролер,
психолог кафедры

_____ А.А. Саитгалеева
_____ 2018 г.

Челябинск 2018

АННОТАЦИЯ

Русанова Э.О. «Особенности невротических проявлении у больных алкоголизмом». Челябинск: ЮУрГУ, МБ-663. 62 с., 4 ил., 7 табл., библиогр. список - 50 наим.

Дипломная работа посвящена исследованию особенностей невротических проявлении у больных алкоголизмом.

Проведён теоретический анализ представлений о классификации личностных расстройств у больных алкоголизмом. Рассмотрены основные изменения и нарушения в личности пациентов.

Проанализированы и описаны социальные характеристики и эмоциональная сфера больных.

По результатам исследования определены, особенности невротических проявления у больных алкоголизмом.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	7
ГЛАВА 1. КЛАССИФИКАЦИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ.....	9
1.1. Расстройства личности при алкоголизме.....	9
1.2. Преморбид при алкоголизме.....	23
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ.....	27
2.1. Цели, задачи, объект и предмет исследования.....	27
2.2. Методы исследования.....	27
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	28
3.1. Общая клиническая характеристика обследуемых.....	28
3.2. Анализ результатов исследования личности.....	29
3.3. Анализ результатов исследования трех клинических групп.....	33
ВЫВОДЫ.....	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	57
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	58

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность выбранной темы выпускной квалификационной работы заключается в проблеме изучения особенностей проявления невротических расстройств так как они встречаются при заболеваниях различной этиологии.

Ведущее место при проведении дифференциальной диагностики невротических проявлений принадлежит клинико-психопатологическому методу, который не ограничивается описанием только клинических проявлений, а включает в себя сравнение, установление отличий, идентификаций, выяснение закономерностей становления отдельных симптомов.

Сбор и анализ сведений заболевания должен проводиться очень тщательно, с учетом не только субъективных, но и обязательно объективных сведений. Часто удается выявить объективные данные системы личностных отношений больного, определить степень их дисгармонии и значимости для индивидуума.

Для получения адекватной информации следует делать акцент на наследственную отягощенность нервно-психическими, наркологическими и соматическими заболеваниями, специфику развития и воспитания в детстве, преморбидные характерологические особенности, взаимоотношения в семье больного, социальные контакты, обучение, уровень профессиональной состоятельности, взаимоотношения в собственной семье, наличие конфликтов, их частота и вызываемые причины, особенности психотравмирующих ситуаций, их «звучание» в высказываниях больного, степень их актуальности и эмоциональной значимости для индивидуума.

Существенную помощь для правильной диагностики невротических расстройств, оказывают методы психологического тестирования.

Целесообразно использовать блок взаимодополняющих методов психологического тестирования, позволяющих не только выявлять наличие психогенной почвы, но и адекватно реагировать, как на положительную, так и отрицательную динамику психического состояния у конкретного больного в зависимости от степени разрешения психотравмирующей ситуации или изменения к ней отношения.

Объект исследования: личностные проявления у больных алкоголизмом.

Предмет исследования: особенности невротических проявлений у больных алкоголизмом.

Цель исследования: выявить особенности невротических проявлений у больных алкоголизмом.

Гипотезы исследования:

1. Невротические проявления являются следствием психогенных переживаний в начальном периоде алкоголизации.

2. Личность, страдающая невротическим состоянием, прибегает к алкоголизации с целью подавления болезненных проявлений.

ГЛАВА 1. КЛАССИФИКАЦИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ.

1.1. Расстройства личности при алкоголизме

Психические расстройства, обусловленные злоупотреблением алкоголя, принято делить на группы в зависимости от длительности его приема: возникающие после однократных или эпизодических приемов, и являющиеся результатом многократных его приемов на протяжении длительного времени, а также в зависимости от отсутствия или наличия психотических расстройств [2].

Группы алкогольных расстройств:

Острая алкогольная интоксикация;

Простое алкогольное опьянение;

Измененные формы простого алкогольного опьянения;

Патологическое опьянение;

Хронический алкоголизм;

Алкогольные психозы.

В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), расстройства, связанные с употреблением алкоголя, выделены в раздел «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» (F-1). В данный раздел включены разнообразные расстройства, тяжесть которых варьируется от неосложненного опьянения и употребления с вредными последствиями до выраженных психических расстройств [15,21].

Хроническому алкоголизму всегда предшествует этап бытового пьянства, который может быть достаточно длительным во времени. По МКБ-10 бытовое пьянство диагностируется как «употребление алкоголя с вредными последствиями» (F10.1).

Э.Е. Бехтель предложил классификацию бытового пьянства, где непосредственно к пьянству могут быть отнесены лишь два последних варианта:

1. Абстиненты.
2. Случайно пьющие.

3. Умеренно пьющие.
4. Систематически пьющие.
5. Привычно пьющие [14,17].

Для систематического пьянства, кроме частых выпивок и увеличения разовой дозы алкоголя, характерны изменения ценностных установок, появление в связи с пьянством социально-негативных поведенческих адикций. Следовательно, можно говорить о формировании определенного стиля, образа жизни. Знакомство со спиртным у этих лиц происходит в раннем подростковом возрасте, а систематическое употребление начинается после шестнадцатилетнего возраста [19].

Потребность в алкоголе достаточно быстро начинает приобретать равное значение наряду с другими личностными потребностями. Эти лица выступают инициаторами выпивок, так алкоголь постепенно начинает приобретать значение ведущего ценностного ориентира, становясь главным источником получения удовольствия в жизни. Соответственно поэтому происходит некоторое личностное снижение в социальной, семейной и профессиональной сфере [36,41].

Привычное пьянство является крайней и самой тяжелой формой эпизодического употребления и иногда представляет определенные трудности для дифференциальной диагностики с хроническим алкоголизмом. Динамика этой формы бытового пьянства зачастую приводит к развитию алкоголизма [11].

Острая алкогольная интоксикация. Алкогольное опьянение это симптомокомплекс психических, вегетативных и неврологических расстройств, обусловленный психотропным действием алкоголя [48].

Различают три степени легкую, среднюю и тяжелую. Выделяют три формы алкогольного опьянения: простое; измененные формы простого опьянения и патологическое опьянение [3].

Простое алкогольное опьянение.

Легкая степень. Характерны ощущение психического и физического комфорта, эйфория, неглубокие колебания эмоционального фона, гиперэкспрессивность,

многоречивость. Мышление ускорено, ассоциации поверхностны. Критика снижена [37,1].

Средняя степень. Типичны более выраженные аффективные нарушения, такие как двигательная расторможенность, дизартрия. Критика к состоянию резко снижена. Темп мышления и ассоциативный процесс замедляются. Наблюдается частичная амнезия.

Тяжелая степень. Характеризуется появлением различных по степени выраженности симптомов оглушения: от легкой сомноленции до комы. Отмечается полная наркотическая амнезия периода опьянения.

Измененные формы простого алкогольного опьянения [9].

Клиническая картина алкогольного опьянения во многом зависит от структуры, на которую воздействует алкоголь. Наличие такой структуры, изменения личности приводит к возникновению измененных форм алкогольного опьянения.

Атипичное опьянение подразумевает чрезмерно резкое усиление или ослабление каких-нибудь расстройств, либо нарушается последовательность их возникновения, либо развиваются симптомы, которые несвойственны простому опьянению. Наибольшие видоизменения претерпевают психические нарушения. Изменение простого алкогольного опьянения может происходить на II и III стадиях алкоголизма [12,28].

Выделяют следующие формы атипичного алкогольного опьянения:

1) Чаще друг их встречается дисфорический вариант опьянения, когда вместо привычной эйфории с самого начала отмечается состояние злобной напряженности с раздражительностью и конфликтностью, а также склонностью к агрессии. Что чаще всего отмечается у хронических алкоголиков, а также у больных с различными органическими поражениями мозга [18].

2) Депрессивный вариант.

Опьянение выражается в нарастании подавленности, тоски, чувства безысходности, отчаянья со слезливостью, недовольством собой. Так же возникают суицидные мысли и попытки их реализации [7].

3) При Истерическом варианте, опьянение проявляется демонстративным поведением театральность, заламывание рук, неадекватная эмоциональность с патетикой, самовосхваление, легкие самоповреждения как демонстрация суицидных попыток.

4) Алкогольное Опьянение с гебефреничными чертами. Проявляется в дурашливости, стереотипиями, кривлянием, импульсивными поступками: kleптомания, пиромания, бродяжничество, половые извращения, бессмысленным буйством [26,13].

Патологическое опьянение в строгом смысле не является собственно опьянением, а представляет собой сверхострый транзиторный психоз, вызванный приемом даже незначительных доз алкоголя и протекающий в форме сумеречного состояния сознания; заканчивается либо сном, либо психофизическим истощением. Более чем в 80% сопровождается противоправными действиями.

При дезориентировке всех видов сохраняется координация движений с возможностью совершить требующие навыков и даже ловкости действия [10,44].

Контакту больные недоступны, все действия они совершают в одиночку. Эпизод полностью амнезируется. Может сопровождаться продуктивными расстройствами – бредом, галлюцинациями. В 84 % симптомы острой интоксикации алкоголем отсутствуют. В поведении проявляются две основные тенденции – это, оборона со стремлением уничтожить источник опасности и бегство от угрожающей ситуации.

Выделяются эпилептоидная и галлюцинаторно-параноидная формы патологического опьянения.

При эпилептоидной форме на фоне дезориентировки, наблюдаются: аффекты злобы, ярости, крайней скудости речевой продукции отмечается резкое двигательное возбуждение с агрессией, которая часто имеет характер хаотичных и стереотипных действий [24,30,27].

При параноидной форме поведение у больных отражает бредовые и галлюцинаторные переживания устрашающего характера. Об этом свидетельствуют отдельные слова, выкрики, команды, угрозы, хотя в целом

речевая продукция больного скудна и малопонятна. Двигательная активность имеет относительно упорядоченный характер, приобретая форму сложных и целенаправленных действий [16,38].

Патологическому опьянению способствуют органический фон, эпилепсия, выраженная астения.

Классификация хронического алкоголизма.

Клиническая картина складывается из наркоманического синдрома и изменений личности больного. Наркоманический синдром включает патологическую зависимость от алкоголя «синдром зависимости по МКБ-10», а также измененную реактивность к нему.

В клинической практике принято различать две разновидности патологического влечения к алкоголю - первичное и вторичное.

Первичное влечение или по-другому психическая зависимость, объединяет два симптома психическое влечение к алкоголю и возникновение эйфории в стадии опьянения [40,50].

Вторичное влечение или так называемая физическая зависимость, проявляется в невозможности переносить абстинентное состояние, выражающееся в стремлении к новому приему алкоголя для избавления от неприятных симптомов.

Данные основные синдромы относятся к общим признакам, объединяющим все клинические варианты алкоголизма. Они последовательно формируются вследствие развития заболевания [5].

В первой стадии происходит изменение реакции организма на алкоголь.

Исчезает защитный рвотный рефлекс на передозировку. Отмечается, что употребление спиртных напитков становится регулярным 2-3 раза в неделю, переносимость алкоголя возрастает в 3-4 раза по сравнению с физиологической средней дозой и продолжает нарастать. Здесь же появляется способность к многодневному питью без последующего чувства отвращения к спиртным напиткам.

Опьянение может сопровождаться утратой воспоминаний наутро об отдельных событиях минувшего вечера при возможности воспроизвести общий ход событий,

так называемые алкогольные палимпсесты. У этих лиц можно выявить психическое влечение к алкоголю. Это влечение не всегда осознаваемо больным, не всегда в этой стадии четко сформировано постоянное желание выпить [23,46].

Наряду с возможными колебаниями и борьбой мотивов пить не пить больной алкоголизмом хроническим выискивает поводы, способствующие употреблению алкоголя. Признаками, отражающими психическое влечение к алкоголю, могут быть мысли о спиртных напитках, либо приятные воспоминания об опьянении, повышенная оценка лиц, с которыми употреблялось спиртное, нежелание судить себя за состояние опьянения, подъем настроения в предвкушении приема алкоголя.

Больной потребляет большие количества алкоголя, и, как следствие, учащаются случаи глубокого опьянения. Постепенно опьянение становится единственным состоянием, в котором больной алкоголизмом испытывает чувство удовлетворения; большинство других ситуаций утрачивает былую субъективную значимость [29].

Последствием хронической интоксикации алкоголем в этом периоде заболевания является астенический симптомокомплекс: снижается работоспособность, так же в периоде между опьянениями ухудшается самочувствие, появляется раздражительность. Расстройства сна в этой стадии проявляются ранними пробуждениями. Возможно обострение сопутствующих заболеваний, провокация эндогенного психоза. Если нравственные требования семьи высокие, начинаются конфликты с родственниками. На работе пьянство может оставаться неизвестным.

На этой стадии человек еще может отказаться от употребления спиртного по собственному решению или под давлением окружающих. Если же окружающие осуждают пьянство, а подавить влечение к алкоголю больной не в состоянии, возникает психосоциальный конфликт, в результате которого появляется лживость, ожесточение к близким и прочее. Первая стадия длится в зависимости от интенсивности злоупотребления алкоголем от 1 до 6 лет и более. Возможны редкие случаи, когда нероманическая зависимость не переходит во вторую стадию

в течение жизни больного. Однако соматоневрологические расстройства как следствие хронической интоксикации алкоголем у него будут выражены обязательно [25,22,33].

Одним из достоверных признаков перехода алкоголизма хронического во вторую стадию развития является амнезия опьянения. В противоположность палимпсестам амнезия — полная неспособность вспомнить при протрезвлении события минувшего вечера, которые произошли после наступления определенной степени опьянения. Не воспроизводимы также эпизоды, связанные с отрицательными эмоциями, события, унижающие, вызывающие чувство вины и прочее. В периоде, о котором наутро не сохраняется воспоминаний, пьяный ведет себя сообразно ситуации [35].

С течением болезни амнезия возникает от меньших количеств спиртных напитков. Амнезия как следствие опьянения может возникать у только начавших потреблять спиртные напитки, вследствие незнания ими своей выносливости к алкоголю.

При систематической алкогольной интоксикации амнезия опьянения свидетельствует об изменении формы опьянения. Во второй стадии болезни оно заключается в постепенном исчезновении физиологического седативного эффекта спиртных напитков, в появлении феномена стимуляции, подъема психофизического тонуса в опьянении. Заснуть больной может только по истечении какого-то срока после опьянения или приняв очень большую дозу спиртных напитков. Благодушное состояние в первое время опьянения легко сменяется дисфорическим или депрессивным.

Возможны аффективно окрашенные сверхценные идеи ревности или-при некоторых личностных аномалиях-бредовые идеи преследования. При соответствующих установках личности вероятна агрессивность, чему способствует повышенная двигательная активность. Если интоксикация умеренная, то в этом состоянии у больного наблюдается максимальная для него работоспособность: он собран, подвижен, энергичен [46,31].

Вне употребления спиртных напитков больной хроническим алкоголизмом ощущает дискомфорт, появляется рассеянность, раздражительность, падает работоспособность, ухудшается самочувствие. Приняв нужное количество спиртного напитка, больной веселеет, к нему возвращаются необходимый психический и физический тонус, подвижность психических процессов, концентрация внимания; работоспособность повышается. Так проявляется наркоманическая зависимость [6].

Во второй стадии алкоголизма хронического существует и другой вид влечения к спиртным напиткам-так называемое физическое влечение. В состоянии опьянения физическое влечение определяет симптом «утраты количественного контроля», когда у больного алкоголизмом хроническим появляется желание продолжить прием алкоголя, что ведет к передозировкам и сопорозным формам опьянения. Каждый больной имеет свою пороговую дозу, превысив которую, теряет способность себя ограничивать.

Абстинентный синдром-наиболее важный показатель второй стадии, подтверждение тому, что алкоголизм хронический – алкогольная наркомания – сформировался полностью. В процессе болезни этот синдром, называемый иногда похмельным синдромом, формируется в течение болезни постепенно на протяжении от нескольких месяцев более лет. Установившись в картине болезни, абстинентный синдром, возникает при каждом случае обрыва употребления спиртных напитков [42,47].

В начале своего развития абстинентный синдром проявляется чувством дискомфорта, разбитости, слабыми вегетативными симптомами. Когда абстинентный синдром достигает апогея, он проявляется многочисленными симптомами: расстройствами координации, гиперрефлексией, сосудистой гипертонией, тахикардией, исчезновением сна и аппетита. С течением времени к соматическому компоненту абстинентного синдрома может присоединяться психический компонент. Помимо обычных симптомов – бессонницы, раздражительности, напряженности, психический компонент может включать неопределенные страхи, тревогу, депрессию, чувство вины, идеи

самоуничтожения, бредовые идеи отношения – преследования. Раннее его проявление – прогностически неблагоприятный признак, предсказывающий развитие алкогольных психозов.

В течение абстинентного синдрома возможны эпилептиформные припадки и острый психоз – делириозный, галлюцинаторный или бредовый [21].

Эпилептиформные припадки у больных алкоголизмом хроническим обычно единичные, редко 2-3-кратные, наблюдаются только в периоде абстиненции в форме большого припадка, но не сопровождаются последующим сном. Часто эпилептиформный припадок предшествует алкогольному делирию. При судорожном припадке у больного алкоголизмом хроническим в иной временной связи с алкогольным эксцессом или при пароксизме иной формы обязательны поиски сопутствующей алкоголизму хроническому патологии.

Во второй стадии алкоголизма хронического злоупотребление алкоголем становится чаще всего непрерывным; большие количества спиртных напитков потребляются ежедневно. Иногда в силу внешних обстоятельств такое ежедневное пьянство прерывается на различные, обычно непродолжительные периоды времени. При этом способность продолжать прием спиртных напитков остается.

Так искусственно создается периодичность пьянства – псевдозапой, отличающийся от запоев истинных [45,49].

Последствием злоупотребления алкоголем является нравственно-этическая деградация. Она выражена во всех случаях алкоголизма хронического, поскольку конфликт в социальной и микросоциальной среде больного при чрезмерном пьянстве практически неизбежен.

Наиболее постоянным осложнением алкоголизма хронического в этой стадии является снижение уровня личности, на фоне которого ускоряется нравственно-этическая деградация, сочетающаяся с психопатизацией личности. Страдают интеллектуальная и эмоционально-волевая сферы, стираются индивидуальные черты, уменьшается жизненная активность – в первую очередь творческие возможности.

Социальный рост больного в тех сферах труда, где предъявляются высокие требования, приостанавливается. В мышлении обнаруживаются склонность к стереотипным и затруднения в постижении абстрактного смысла. Преобладает конкретное осмысливание. Снижается способность к объективным оценкам – эмоциональные переживания оказываются решающими, мышление становится кататимным подверженным искажению чувствами. Для людей умственного труда длительная интенсивная интеллектуальная нагрузка становится непосильной [23].

Сосредоточение затруднено и вызывает утомление. Запоминание нового материала недостаточно, а усвоенное быстро забывается. Больные утрачивают интерес к работе. Ищут отвлечения. Свою несостоятельность часто оправдывают демонстративным пренебрежением к делу и к людям преуспевающим. В своих неудачах обвиняют близких и сослуживцев, приписывают им придирчивость и несправедливость. Становятся заносчивыми и склонными к конфликтам или же, напротив, обвиняют себя, свою несчастную судьбу, требуя сочувствия. На этой стадии заболевания многие больные искренне убеждены в «объективных» причинах злоупотребления алкоголем.

Больной алкоголизмом хроническим становится нетерпеливым, невыдержанным, непоследовательным в своих действиях, разбросанным, не доводит начатое до конца. Он не дисциплинирован, пренебрегает своими обязанностями. Прежде значимые нравственные представления, объекты уважительного отношения теряют для него ценность. Легко лжет. Утрачиваются высокие интересы, потребность в духовном развитии, новых знаниях, повышении квалификации. Круг общения сужается и меняется качественно. Больной не встречается со старыми друзьями, если те не пьют, зато появляются случайные знакомые, общим интересом с которыми служит любовь к спиртным напиткам.

Поддерживаемые влечением к алкоголю положительные эмоции, связанные со злоупотреблением им, распространяются на этих новых людей, которые, как полагает больной, его «понимают». «Не понимают» те, кто пытается воспрепятствовать пьянству. Эти лица – как правило, близкие родственники – вызывают озлобление. Для страдающего алкоголизмом хроническим характерно

эмоциональное огрубение, исчезновение тонкости переживаний, упрощение отношений. Гамма чувствований обедняется. Переходы от любви и раскаяния к ненависти и агрессивности даже у воздерживающегося от спиртных напитков больного алкоголизмом хроническим недостаточно мотивированы с точки зрения стороннего наблюдателя [32,39].

Типы психопатизации при алкоголизме хроническом.

Выделяют несколько типов психопатизации:

- 1) истерический;
- 2) эксплозивный;
- 3) апатический;
- 4) астенический.

У больных с истерическим типом психопатизации поведение приобретает черты демонстративности, эгоцентризма, непризнания своей вины, поисков неправоты других, лживости; истерические черты особо усиливаются в опьянении.

При эксплозивном типе психопатизации больные взрывчаты, склонны к агрессивности, являются инициаторами конфликтов в быту и на работе.

При апатическом типе больные становятся вялыми, безынициативными, утрачивают интересы, социальные связи, работоспособность.

Астенический тип психопатизации определяется как бы стабилизацией и утяжелением тех астенических черт, которые наблюдаются у всех больных в первой стадии алкоголизма хронического. Для больных с этим типом психопатизации характерны неспособность противоборствовать жизненным трудностям, поиски защиты на стороне, плаксивость, постоянное ощущение своей вины, склонность к депрессии, ипохондрическим реакциям.

Психопатизация – процесс, длящийся годы. Она является тем фоном, на котором со временем развивается алкогольная деменция. Последняя возникает только в третьей стадии болезни.

В третьей стадии происходит деградация. Эта стадия характеризуется глубоким истощением, выраженностью осложнений хронической интоксикации,

часто до степени инвалидности. При этом проявления болезни, непосредственно связанные со злоупотреблением алкоголем, теряют свою интенсивность, яркость.

Показателем перехода в третью стадию служит прерывистость, укорочение периодов пьянства. Часто больной оценивает это как признак положительный, утверждая, что он волевым усилием обрывает пьянство и поэтому меньше пьет.

Больные в состоянии абстинентного синдрома адинамичны, вялы, апатичны или депрессивны возможны случаи самоубийства. Может произойти развитие коллаптоидных состояний и смерть от сердечной слабости. Вероятность появления судорожных припадков увеличивается, а острых психозов – уменьшается [43].

Психотическая продуктивная симптоматика может ограничиваться иллюзиями и эпизодическими галлюцинациями. Постепенно угасает и психическое влечение к алкоголю. Снижение влечения к психическому удовольствию, вероятно, следует поставить в связь с угасанием всех сфер влечения у давно пьющих. Физическое влечение к алкоголю в третьей стадии существует либо на фоне абстинентного синдрома, либо постоянно (при непрерывном пьянстве). Физическое влечение в периоде интоксикации выражено незначительно: насыщение достигается быстро, соответственно уровню низкой толерантности. Опыание для больного – состояние комфорта и единственно возможное состояние, в котором психофизические функции осуществляются наиболее успешно.

Предвестником запоя является декомпенсация состояния «светлого промежутка». Декомпенсация возможна по соматовегетативному типу (слабость, разбитость, неприятные сенестопатии, ипохондрические ощущения, вегетативное возбуждение вплоть до симптоматики, напоминающей абстинентный синдром) или по психопатологическому (дисфория, тревога, депрессия, неспособность к сосредоточению, падение работоспособности).

В третьей стадии алкоголизма хронического резко выражены осложнения в психической сфере. Во всех случаях выявляется та или иная степень снижения интеллекта, достигающая в ряде случаев деменции. Со снижением интеллекта связан еще один симптом алкоголизма хронического в третьей стадии – утрата

ситуационного контроля, который отличен от симптома утраты количественного контроля. Больной не только не способен управлять количеством принимаемого спиртного напитка, но и не в состоянии выбрать место и время для приема алкоголя, определить ситуацию, в которой его появление в состоянии опьянения недопустимо. Разумеется, оба вида контроля – количественный и ситуационный – определяются не только силой влечения к алкоголю и снижением интеллекта, но и изначальными особенностями личности (психопатия, низкий уровень психического развития), а также общественными установками и условиями.

Алкогольная деменция в своей выраженной форме охватывает все психические функции. Глубоко нарушается способность к пониманию, мышление конкретно, абстрактный смысл больным не улавливается. Память страдает не только за счет расстройств запоминания и удерживания; нарушается долговременная память. Больной часто путается при воспроизведении давних событий даже своей личной жизни. Больные утрачивают представления о достоинстве, чести, перестают следить за своим внешним видом, становятся неряшливыми. Связи с близкими родственниками, если сохраняются, то формальные: семья служит скорее источником существования, чем объектом заботы.

Клиническая картина алкогольной деменции представлена обычно двумя формами – эротической и торпидной. Эротическая форма проявляется псевдопаралитическим синдромом (при сохранении общей истощаемости наблюдается мгновенно возникающая и скоропреходящая возбудимость и эмоциональная лабильность); для торпидной формы характерны снижение возбудимости, вялость, безынициативность, утрата связи с жизнью. Если деменция глубока, то происходит стирание тех психических черт, которые появились в процессе болезни. Личностные особенности нивелируются. Больные алкоголизмом хроническим становятся похожими друг на друга.

С переходом болезни в третью стадию повышается вероятность возникновения затяжных и хронических психозов с галлюцинаторным, галлюцинаторно-параноидным, парафренным синдромами. Употребление спиртных напитков вызывает серьезные аффективные расстройства: у одних больных преобладает

подавленность, тоскливость, тревожность (в структуре астенического, затем абстинентного синдромов, в предзапойных состояниях), спонтанные колебания настроения вне связи с опьянением, легкость возникновения реактивных переживаний; у других больных преобладают гневливость, злобность, тяжелые дисфории и депрессии.

Таким образом, из классификаций расстройств личности больных алкоголизмом, следует особо обратить внимания на личностные изменения поведенческих и эмоциональных особенностей больных.

Такие особенности отмечаются уже на ранних стадиях возникновения зависимости.

Для систематического пьянства, характерны изменения ценностных установок, появление в связи с пьянством социально-негативных поведенческих адикций.

Для простого алкогольного опьянения, характерна сниженная критика вне зависимости от степеней заболевания легкой, средней или тяжелой. К измененным формам простого алкогольного опьянения относятся: состояние злобной напряженности с раздражительностью и конфликтностью, склонностью к агрессии. Нарастании подавленности, тоски, чувства безысходности, отчаянья со слезливостью, недовольством собой. Иногда возникают суицидальные мысли и попытки их реализации.

Отмечается демонстративность поведения: театральность, неадекватная эмоциональность с патетикой, самовосхваление, легкие самоповреждения как демонстрация суицидных попыток. Сверхострый транзиторный психоз, который, как правило, в большинстве случаев сопровождается противоправными действиями.

1.2. Преморбид при алкоголизме.

К проблеме алкоголизма, большое внимание уделяется особенностям преморбида больных с алкогольной зависимостью. Учитывается то, что в этиологии наркологических расстройств представлены и биологические, и психологические, и социальные составляющие, большинство авторов в настоящее время придерживается биопсихосоциальной модели алкогольной зависимости, из которой следует, что необходимо изучать влияние факторов различного качества как биологических, психических так и социальных, предшествующих алкоголизму, их действие на его становление и течение.

Рассмотрим каждую из трех групп факторов, составляющих биопсихосоциальную модель алкоголизма.

Биологические факторы риска.

К ним относят семейную отягощенность, врожденные особенности метаболизма этанола и ацетальдегида, особенности толерантности и картины опьянения. Биологические предпосылки наследуются генетически или приобретаются при жизни, например, в результате органических поражений мозга.

Генетические механизмы передачи предрасположенности к алкоголизму не вызывают сомнения. Дети с нарушением обмена катехоламинов характеризуются эмоциональной неустойчивостью, склонностью к депрессии и рискованному поведению. На этой почве зависимость формируется гораздо быстрее.

Алкоголь разрушительно действует на половые клетки пьющего на молекулярном и геномном уровне, вызывая повреждения в молекулах ДНК. По этой причине генетические поломки могут передаваться детям по наследству и накапливаться в поколениях. Еще один очень важный механизм наследственной отягощенности алкоголизмом – токсическое воздействие этилового спирта на плод в утробе матери или на организм младенца во время кормления грудью.

Отравляющее действие этанола в раннем возрасте наносит большой ущерб в первую очередь нервной системе ребенка, вызывает задержку психического и

умственного развития. В тяжелых случаях, при систематическом употреблении беременной алкоголя, ребенок может родиться с алкогольной зависимостью.

Передается по наследству не сам алкоголизм, а скорость, с которой он формируется, разумеется, при условии, что человек употребляет спиртные напитки. Эта скорость пропорциональна количеству алкоголиков в семье и степени их родства.

Психологические факторы риска – это особенности личности и поведения, эмоциональной и когнитивной сфер человека. Наиболее важными из них следующие: инфантильность, внушаемость и подражательность, прогностическую некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственную непосредственность, любопытство и высокую поисковую активность, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и «вкус опасности», страх быть покинутым. Представители разных психологических направлений стремятся по-своему объяснить механизмы алкогольной зависимости, исходя из специфики представлений своих школ о личности, ее движущих силах и патологии. С точки зрения психодинамического направления в основе алкогольной зависимости лежит формирование личности, склонной к саморазрушению.

Важнейшей причиной саморазрушительного поведения алкоголика считают нарушение отношений с родителями, прежде всего с матерью. Враждебная зависимость от матери преследует больного алкоголизмом всю жизнь.

Психологические проблемы алкоголика обусловлены регрессивным реагированием, с навязчивым повторением ранних этапов становления психики. В процессе онтогенеза необходимо качественное прохождение этапов взаимодействия с родителями – слияния и отделения.

Такие просчеты в воспитании, как гипоопека или гиперопека, особенно в сочетании с дефицитом признания и одобрения, нарушают процесс сепарации. Это ведет к тому, что у человека не формируется собственная позиция во взаимоотношениях: аддикт с трудом дифференцирует позиции созависимости,

взаимозависимости, независимости, противозависимости (контрзависимости), компульсивно меняя их, разряжаясь таким образом. При этом он ярко демонстрирует полярные страхи в отношении одиночества и слияния другой личностью. А «игры» аддиктов выполняют не только психологическую, но и социальную защитную роль, позволяют «обойти» болезненные аффекты, избежать ответственности [8].

Бихевиоральное направление объясняет алкоголизм как деструктивное поведение, сформированное в результате употребления вещества, вызывающего положительное подкрепление. Употребление этилового спирта становится желательным по причине того, что оно может менять в лучшую сторону самочувствие в ситуациях стресса, служить способом привлечения к себе внимания, помочь уклониться от участия в нежелательных ситуациях.

К алкоголю человек может прибегать по разным причинам:

1) Алкоголь – средство редукации напряжения. Это наиболее элементарная форма использования алкоголя с целью удовлетворения в релаксации.

2) Алкоголь – средство изменения эмоционального состояния.

3) Алкоголь – средство получения удовольствия. Здесь основу составляет выраженная гедонистическая мотивация, а также поиск острых и необычных ощущений, что свойственно для формирования алкоголизма в раннем возрасте.

Данную группу можно описать как состоящую, в основном, из представителей гипертимного и неустойчивого типа акцентуации характера.

4) Алкоголь – средство повышения самооценки и самоуважения, достижения самоутверждения. Основные черты психологического портрета больных этой группы: робость, неуверенность, зависимость, чувствительность, склонность к формированию чувства вины, сочетающееся с гиперкомпенсаторной тенденцией самоутверждения за счет высокомерия и бравады в поведении.

5) Алкоголь – средство компенсации. При этом подразумевается использование этанола для замещения каких-то недостающих человеку форм и способов удовлетворения потребностей.

6) Алкоголь – средство общения и коммуникации. В основе этого типа мотивации лежат неудовлетворенные потребности в общении, в выходе из одиночества. Эти больные обычно чрезвычайно замкнутые, тревожные, конформные, зависимые, чувствующие себя в обществе неуверенно.

7) Алкоголь – результат научения или подражания, средство поддержания приятного ритуала. Психологическую основу этого типа мотивации составляют неуравновешенность личности, высокая внушаемость, нескритичность. Особенно часто он наблюдается у подростков.

8) Алкоголь – манипуляция, средство межличностной защиты. Основной мотив манипулятивного поведения – сохранение присущего больному алкогольного стиля поведения и достижение односторонних преимуществ в межличностных отношениях [4].

Каждый из восьми перечисленных выше видов мотивации может играть ведущую роль на всем протяжении алкогольной зависимости или на каком-то одном ее этапе.

Мотивационные типы могут быть отдельными, сочетаться или переходить друг в друга.

Роли социальных факторов в формировании зависимости.

Социальные факторы – это психотравмирующие жизненные события: смерть близкого, уход из родительского дома, финансовые проблемы, развод [34].

Ролевые модели родителей: злоупотребляют или наоборот, отношения в семье – дисфункциональные семьи. Ближайшее социальное окружение: сверстники, авторитетные старшие. Культуральная приемлемость, законы общества, цены и доступность алкоголя, влияние религии.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Цели, задачи, объект и предмет исследования.

Актуальность выбранной темы выпускной квалификационной работы заключается в проблеме изучения особенностей проявления невротических расстройств личности у больных алкоголизмом, так как они могут встречаться и при заболеваниях различной этиологии.

Объектом исследования являются: личностные проявления у больных алкоголизмом.

Предмет исследования: особенности невротических проявлений у больных алкоголизмом.

Цель исследования: выявить особенности невротических проявлений у больных алкоголизмом.

Гипотезы исследования:

1. Невротическое состояние как результат психогенных переживаний в начальном периоде хронического алкоголизма.

2. Личность, страдающая невротическим состоянием, прибегает к алкоголизации с целью подавления болезненных проявлений.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ представлений о классификации личностных расстройств у больных алкоголизмом.

2. Проанализировать и описать социальные характеристики и эмоциональную сферу личности обследуемых.

3. Определить какие особенности невротических проявлений личности характерны для испытуемых с алкогольной зависимостью.

2.2 Методы исследования.

Данные методы исследования включили в себя:

1. Теоретико-методологический анализ представлений о расстройстве личности при алкоголизме.

2. Клинико-психологический метод изучения личности пациентов с алкогольной зависимостью.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Общая клиническая характеристика.

Общее количество обследуемых 36 человек, которую составляют мужчины.

Возрастной диапазон от 27 до 56 лет.

К социальным характеристикам испытуемых относится следующее: по уровню образования, отмечается что испытуемые в большей степени имеют среднее полное, либо средне специальное образование – 23 человек, остальные испытуемые имеют высшее законченное, либо неоконченное образование.

Наиболее частые встречаемые профессии среди испытуемых следующие: водитель, токарь, техник -электрик, автомеханик.

Так же больше половины испытуемых разведены, либо имеют статус холост.

Остальные испытуемые женаты или проживают в гражданском браке.

У испытуемых так же имеются дети, от 1 года до 3 лет.

Длительность заболевания находится в диапазоне от 5-35 лет. Наиболее характерная длительности заболевания составляет: 10, 15 и 20 лет.

Первая доза употребления алкоголя приходится на младший и старший подростковый возраст испытуемых, употребивших алкоголь в 13-18 летнем возрасте, что в дальнейшем, в большинстве случаев отмечается как запойный характер употребления.

К состоянию эмоциональной сферы испытуемых относится следующее: ясность сознания отмечается у большей половины испытуемых, тогда как остальные находятся в колеблющемся или в просоночном сознании.

Испытуемые ориентируются в месте и времени, как в текущих, так и в прошлых событиях.

Заметны проблемы ориентировки испытуемых в состояниях, которые отмечаются у 6 человек.

В плане психической активности испытуемых отмечается истощаемость и заторможенность, многоречивость и резонерство, а также общее и речевое возбуждение.

В большинстве случаев нарушение сна отсутствует, но при этом преобладает трудности засыпания и ранние пробуждения.

Испытуемые критичны по отношению к своей болезни, поведению и ситуации в целом, но при этом в мало критичны к другим людям.

Так же в плане эмоциональной сферы можно отметить состояние тревожности и напряженности, безразличие и ослабление эмоций, эмоциональную лабильность, а также состояние эйфории, которые были отмечены у испытуемых, входящих в обследование.

Большинство жалоб, которые присутствовали у испытуемых, были получены в результате расспроса, тогда как активных жалоб от испытуемых было получено меньше.

3. 2. Анализ результатов исследования личности.

Исследование и анализ личности испытуемых осуществлялись на основе индивидуально-типологического опросника («ИТО») и методики измеряющей уровень невротизации и психопатизации («УНП»).

Использовались следующие методики, предназначенные для диагностики уровня депрессии шкала Зунга и шкала Бека, шкала реактивной и личностной тревожности» Спилбергера, шкала, измеряющая «уровень невротической астении» УНА.

Исследование и анализ личности испытуемых основе индивидуально-типологического опросника («ИТО»).

Данная методика разработана Л.Н. Собчик является весьма информативной.

В первую очередь, с помощью данной методики легко определяются типологические особенности индивида, ведущие черты его характера.

Кроме того, она способствует выявлению спектра наиболее подходящих каждому конкретному обследуемому лицу видов профессиональной деятельности и преобладающих деловых качеств.

По результатам обследования легко понять, насколько уравновешенным является индивид, какие особенности его характера акцентуированы, в благоприятной ли он находится ситуации или дезадаптирован.

Поэтому тест может успешно использоваться в профориентации, при отборе и расстановке кадров, в семейном консультировании, в сфере образования в целях индивидуализации подхода к отдельной личности.

В приведенной ниже таблице следует отметить средние значения по всем шкалам методики («ИТО»), которые были получены в ходе обработки результатов общей выборки с испытуемыми.

Таблица 1 - Анализ результатов исследования личности

ЛИЧНОСТЬ							
ИТО							
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
4,50	4,19	5,28	5,81	5,78	6,56	5,86	5,03

Таким образом, описывая полученные результаты следует отметить следующее: по шкале сенситивности заметно выраженный показатель по средним значениям в выборке говорит о том, что испытуемым характерны черты зависимости и склонность к пессимистичной оценки своих перспектив.

Так же для испытуемых характерна чувствительность и ориентация на авторитет более сильной личности.

Черты зависимости как стиль взаимодействия тесно связаны с такими типологическими свойствами, как интроверсия и выявляет у испытуемых склонность к уходу, застенчивость и замкнутость, чувствительность и ранимость в отношении средовых воздействий с выраженной потребностью в глубокой и постоянной привязанности.

Социальная пассивность, базирующаяся на интроверсии, рассматривается как свойство неоднозначное: имеется в виду менее выраженная реактивность внешних проявлений чувств при одновременно более богатой интрапсихической активности, что проявляется как высокая рефлексивность и чувствительность к внешним воздействиям, напряженная внутриличностная работа по самосовершенствованию, склонность к мечтам и фантазированию.

Напротив, социальная активность рассматривается как склонность к широким контактам, разговорчивость и двигательная раскрепощенность в сочетании со

сниженной склонностью к самосовершенствованию и тенденцией к самонаблюдению.

Эти тенденции создают почву для поведения, направленного на избегание конфликта и поиск путей решений.

У испытуемых так же отмечается наличие тревожности, которое проявляется в высокой эмоциональности и восприимчивости, создавая при этом чувство незащищенности. Среди испытуемых отмечаются тревожно – мнительные черты характера.

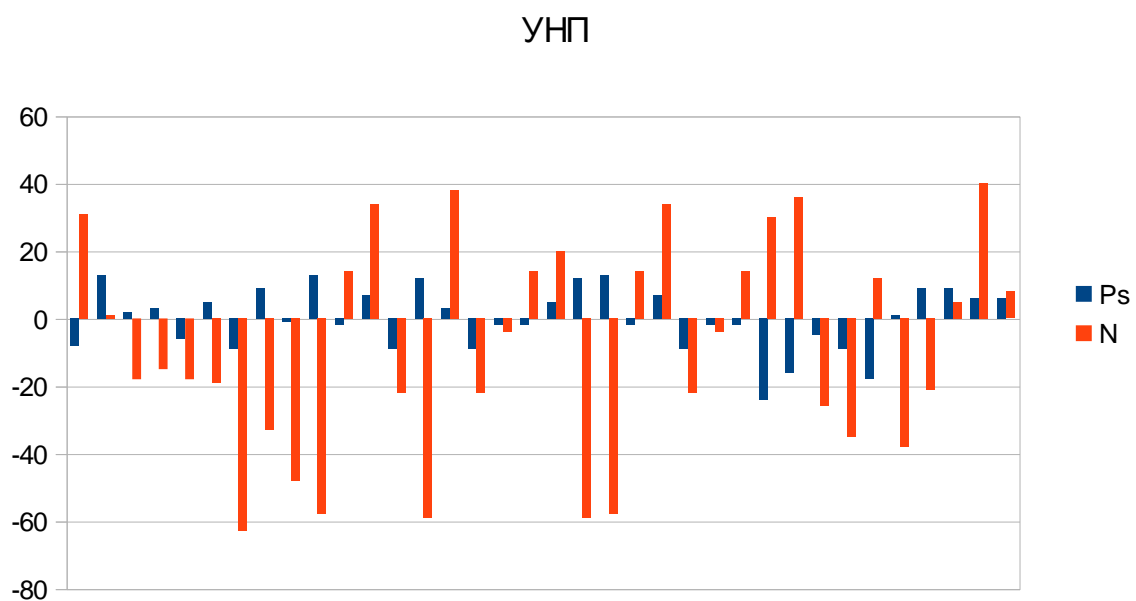
Таким образом, можно отметить что в общем по всей выборке с испытуемыми в клинической картине заболевания будут преобладать такие черты характера как тревожности, сензитивности и интроверсия.

Так же следует отметить наименьшие показатели испытуемых по шкале экстраверсии и спонтанности.

Сочетание низких значений по этим двум шкалам, свидетельствуют о том, что из общего числа входящие в обследования личности испытуемых являются эмоционально зрелыми.

Опросник («УНП») предназначен для определения уровня невротизации и психопатизации.

Рисунок 1 - Уровень невротизации и психопатизации



Из рисунка 1 следует отметить, что у половины обследуемых – 28 человек выявлено сочетание, либо преобладание высоких показателей по уровню невротизации, либо по уровню психопатизации.

Таким образом у испытуемых – 18 человек выявлен высокий уровень невротизации. Для высокого уровня невротизации испытуемым характерна эмоциональная возбудимость, продуцирующая различные негативные переживания такие как тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность и раздражительность. Безынициативность испытуемых формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний.

Эгоцентрическая личностная таких людей направленность проявляется как в склонности к ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, так и в сосредоточенности на переживаниях своих личностных недостатков. Это, в свою очередь, формирует чувство собственной неполноценности, затрудненность в общении, социальную робость и зависимость.

У 10 обследуемых отмечается высокий уровень психопатизации и свидетельствует о беспечности и легкомыслии испытуемых, а также холодном отношении к другим людям, напористости, упрямстве в межличностных взаимодействиях.

У остальных испытуемых входящих в выборку – 8 человек наличие уровня психопатизации или невротизации выявлено не было и это охарактеризовывает таких личностей как эмоционально устойчивых и ориентированных в плане межличностных и личностных отношениях в целом.

Таким образом, анализ результатов деятельности по общей выборки испытуемых показал, что наиболее характерными проявлениями расстройств личности наблюдаются в сфере общения и коммуникации, внешних проявлений чувств, а также особенности решения конфликтных ситуации и повышенной эмоциональной восприимчивости.

Так же ко всему присуще повышенные показатели по уровню невротизации и психопатизации.

3.3. Анализ результатов исследования трех клинических групп

Для исследования невротических проявлений у больных алкоголизмом общую выборку обследуемых было принято разделить на три клинические группы.

Для того что бы более подробно описать и сравнить полученные в ходе исследования результаты.

Таким образом, число обследуемых для первой группы составляет – 7 человек.

В приведенной мною ниже таблице указаны более выраженные значения 1 группы обследуемых, полученные с помощью методики («ИТО»).

Таблица 2 - Анализ результатов исследования личности

ЛИЧНОСТЬ									
ИТО									
L	F	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
5	0	1	4	4	6	4	7	5	5
4	1	7	7	4	6	7	4	6	3
5	6	5	5	7	7	6	3	3	5
8	1	5	8	6	5	6	5	7	4
3	1	4	2	6	7	9	6	6	5
3	1	6	1	6	7	2	8	6	7
4	4	2	2	6	3	5	9	8	4
		4,29	4,14	5,57	5,86	5,57	6,00	5,86	4,71

Из таблицы 2 следует отметить, выраженные показатели по методике («ИТО») 8 – 9 баллов, которые отражают дезадаптирующие свойства личности пациентов.

По шкале интроверсия (V) избыточная степень выраженности данного свойства проявляется в замкнутости, стремлении к избеганию общения с окружающими и крайней избирательности в контактах.

Шкала сензитивности (VI) выявляет чувствительность и ориентацию на авторитет более сильной личности, а также черты зависимости.

Выраженные значения по шкале тревожность (VII), отражают избыточную тревожность и боязливость, а также склонность к навязчивым страхам и паническим реакциям.

Так же из таблицы 2 следует отметить формирование психосоматических predispositions, характеризующихся повышенными показателями полярных по значению типологических свойств. Формируя при этом психологическую компенсированность одного полярного признака другим.

Сочетание высоких значений по шкалам сензитивности (VI) и спонтанности характерны для неврастенического варианта личности обследуемого, что характеризует личность как эмоционально нестабильную и склонную к невротическим проявлениям.

Шкала интроверсии (V) и экстраверсии, при высоких показателях говорит о неразборчивой и поверхностной общительности.

Сочетание шкал агрессивность и тревожность, выявляют эгоцентризм и склонность к агрессивной манере самоутверждения, но при этом отмечается замкнутость и склонность к навязчивым страхам и боязливости.

Далее, с помощью методик, определяющих уровень депрессии по шкале Зунга и Бека, а также с помощью опросника Спилбергера и шкалы измеряющей «уровень невротической астении «УНА» была проанализирована эмоциональная сфера 1 группы обследуемых. (таблица 3 - Анализ эмоциональной сферы).

Таблица 3 – Анализ эмоциональной сферы

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА						
Тревога		УД		УНА		
СТ	ЛТ	Зунг	Бек	Общ	Рas	Qas
43	41	35	5	99	0,03	0,97
44	43	32	3	-22	0,56	0,44
51	46	49	7	-58	0,96	0,04
47	44	41	5	1	0,56	0,44
41	42	37	15	-4	0,56	0,44
42	40	39	13	66	0,03	0,97
56	50	46	22	-49	0,88	0,12

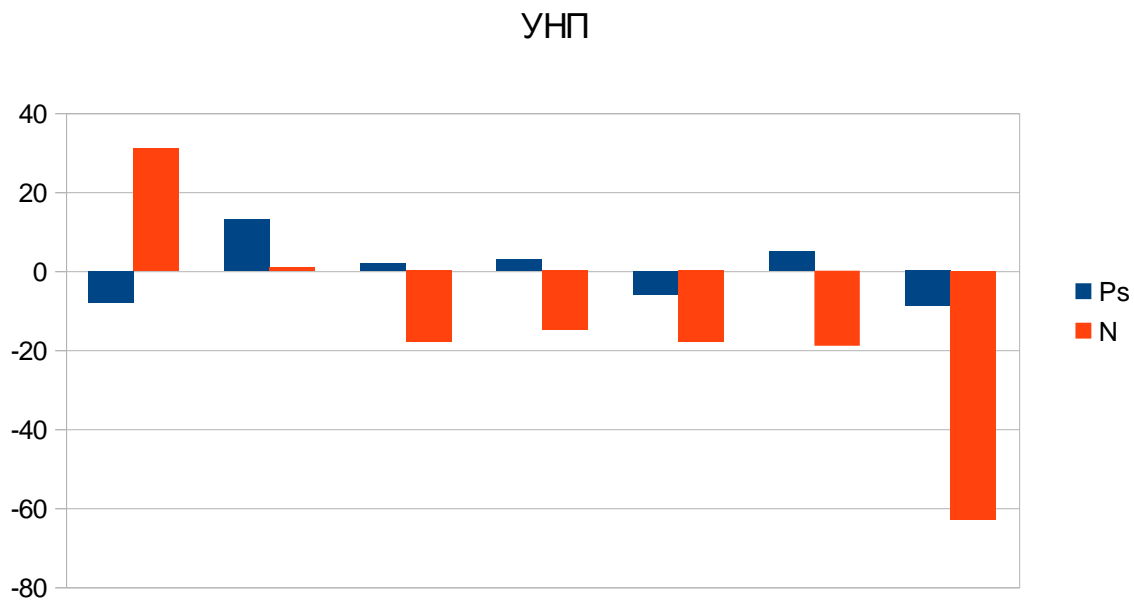
Из таблицы 3 следует, что по шкале тревожности Спилбергера отмечается высокий и умеренный показатель – от 43 до 56 баллов, что свидетельствует о наличии у испытуемых как ситуативной, так и личностной тревожности.

Тогда как по шкале депрессии Зунга результаты обследуемых находятся в пределах нормы и это говорит о том, что в целом эмоциональное состояние испытуемых укладывается в категорию нормы.

По шкале депрессии Бека, у половины обследуемых не выявлено депрессивных симптомов, тогда как у остальных обследуемых имеется наличие легкой и выраженной депрессии – средней тяжести.

Результаты методики, измеряющей уровень невротической астении («УНА») так же наглядно представлены на рисунке 2.

Рисунок 2 - Уровень невротизации и психопатизации



Данные рисунка 3 свидетельствуют о высокой и средней вероятности наличия невротической астении у обследуемых, чьи показатели превышают предел нормы – от 10 до 60 баллов, где 10-30 будет являться средней вероятностью, 30-60 высокая вероятность. Так же имеется и низкая вероятность наличия невротической астении у 1 из испытуемого входящего в 1 группу.

Невротической астении характерна общая физическая слабость, повышенная утомляемость, а также снижение работоспособности. Невротическая усталость характеризуется своей инертностью, неспособностью исчезать после отдыха.

Вследствие невротической астении наблюдается повышенная возбудимость, раздражительностью, в частности, повышенная чувствительностью к внешним и внутренним раздражителям.

При астении также наблюдается лабильность настроения, которое неадекватно повышается при незначительной удаче и ухудшается при малейшей неудаче.

Характерные для астенического синдрома расстройства сна в виде нарушения засыпания, частых пробуждений и легких проявлений диссомнии сопровождаются чувством разбитости, отсутствием ощущения бодрости.

Таким образом, делая вывод по 1 группе с испытуемыми, можно говорить о наличии проявления невротического характера пациентов, это проявляется в первую очередь в личностной и эмоциональной сфере пациентов.

Так, в личностном плане у больных алкоголизмом по первой выборке будут преобладать такие дезадаптирующие свойства как замкнутость и стремление к избеганию общения. Для пациентов так же характерен эгоцентризм и склонность к агрессивной манере самоутверждения.

В формировании психосоматических предиспозиции, для испытуемых был выявлен неврастенический вариант личности.

Так же отмечается преобладание уровня невротизации и характеризует испытуемых с выраженной эмоциональной возбудимостью.

В плане эмоциональной сфере больных, отмечается наличия ситуативной так и личностной тревожности, а также наличие легкой и тяжелой формы депрессии.

Наличие и вероятность невротической астении у меньшей половины обследуемой группы.

Таблица 4 - Анализ результатов исследования личности

ЛИЧНОСТЬ									
ИТО									
L	F	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
6	3	5	2	6	5	6	5	7	5
4	4	5	1	3	5	7	4	7	6
4	5	4	6	5	6	6	7	7	6
4	3	7	3	7	5	3	8	7	4
4	2	7	1	6	7	2	8	6	7
2	5	5	4	3	6	7	5	1	2
3	4	7	6	6	6	7	8	8	7
2	3	6	6	3	2	6	4	4	6
2	5	5	4	3	6	7	5	1	2
4	2	4	6	5	7	7	8	8	3
2	2	6	3	6	5	3	7	6	4
3	1	6	4	6	7	6	7	6	8
5	4	7	6	6	6	7	8	8	7
4	5	4	6	5	6	6	7	7	6
4	3	7	3	7	5	3	8	7	4
4	2	7	1	6	7	2	8	6	7
2	5	5	4	3	6	7	5	1	2
5	2	4	6	5	7	7	8	8	3
2	2	6	3	6	5	3	7	6	4
		5,63	3,95	5,11	5,74	5,37	6,68	5,84	4,89

Из таблицы следует, что к дезадаптирующим свойствам личности испытуемых входящих во вторую группу обследования соответствует следующая характеристика.

Показатели по шкале эмотивность свидетельствуют о индивидуально-типологическом свойстве обследуемых, в основе которого лежит повышенная лабильность нервных процессов, проявляющаяся в изменчивости эмоционального настроения и активности в сильной зависимости от референтной группы, однако с тенденцией к более стеничной самореализации, чем это характерно для обследуемых с высокими показателями по шкале сенситивность и тревожность.

Личности таких пациентов не только подвержены влиянию среды, но и сами оказывают сильное воздействие на эмоциональное состояние окружающих.

То есть речь идет о смешанном типе реагирования, в котором сочетаются свойства слабости и силы.

Эмотивные личности отличаются выраженной вовлеченностью в межличностные отношения при заметном стремлении найти у группы признание, занять значимую социальную позицию.

Формирование психосоматических predispositions, компенсированность одного полярного признака другим наблюдается в сочетании шкал Агрессивность и тревожность и проявляется характеристиками сильного «Я».

Противопоставляющего влиянию среды, морали и превратностям судьбы, характерны собственные установки и наступательность.

Далее, с помощью перечисленных выше методик была проанализирована эмоциональная сфера 2 группы обследуемых. (таблица 4 - Анализ эмоциональной сферы).

Таблица 5 – Анализ эмоциональной сферы

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА						
Тревога		УД		УНА		
СТ	ЛТ	Зунг	Бек	Общ	Рas	Qas
39	41	51	19	-80	0,96	0,04
53	50	37	7	-42	0,88	0,12
48	54	48	13	25	0,56	0,44
41	38	35		82	0,03	0,97
42	35	40	4	67	0,03	0,97
50	58	51	37	-54	0,96	0,04
42	42	26	4	83	0,03	0,97
43	46	44	11	22	0,56	0,44
42	42	28	12	-19	0,56	0,44
50	49	37	7	-42	0,88	0,12
52	57	45	15	1	0,56	0,44
37	34	27	6	80	0,03	0,97
58	59	47	19	-155	1	0
49	56	50	37	-78	0,96	0,04
56	55	43	14	-2	0,56	0,44
42	39	45	4	67	0,03	0,97
60	68	51	37	-54	0,96	0,04
42	42	28	2	83	0,03	0,97
48	51	31	7	-76	0,96	0,04

Из таблицы следует, по шкале тревожности Спилбергера у испытуемых отмечаются умеренные и высокие показатели личностной и ситуативной тревожности.

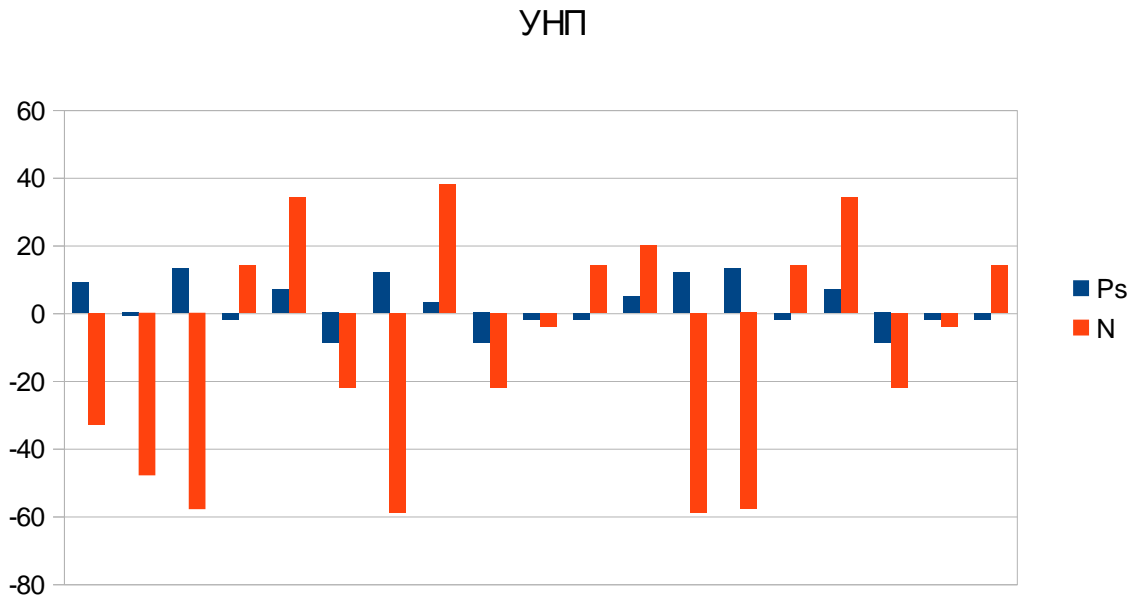
По шкале депрессии Зунга, практически у всех испытуемых наличие депрессии не выявлено, но у 4 испытуемых, входящих в обследования, отмечается наличие лёгкой депрессии, что будет проявляться в ощущении психологического дискомфорта и пониженной самооценки, недостаточная уверенность в себе при осуществлении межличностных контактов и в ситуациях принятия решений, неуверенность в будущем.

Характерно ощущение некоторого физического недомогания, незначительные астенические проявления.

Так же по шкале депрессии Бека у 9 обследуемых второй выборки отсутствуют какие – либо признаки депрессивных симптомов, 5 испытуемых имеют легкую депрессивную симптоматику, трое испытуемых умеренную депрессию и у остальных оставшихся обследуемых отмечается тяжелую форму депрессии.

Далее, рассмотрим результаты второй выборки по методике, измеряющей уровень невротической астении («УНА»), которые так же наглядно представлены на рисунке 3.

Рисунок 3 - Уровень невротизации и психопатизации



Из рисунка 3 следует, что наличие невротической астении имеются у 4 обследуемых, так как отрицательная величина по результатам диагностического коэффициента, соответствующего ответу испытуемого, свидетельствует о наличии невротической астении, а положительная – об отсутствии таковой.

Таким образом проводя анализ 2 выборки с испытуемыми, можно отметить преобладание таких дезадаптирующих свойств личности пациентов как эмотивность проявляющееся в повышенной лабильности нервных процессов, изменчивости и эмоционального настроения.

Так же и в эмоциональной сфере у половины обследуемых было отмечено наличие депрессивных и тревожных расстройства.

Данные результаты обследования 3 группы испытуемых представлены в таблице 5.

Таблица 6 - Анализ результатов исследования личности

ЛИЧНОСТЬ										
ИТО										
L	F	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
3	2	4	3	5	5	7	7	6	8	
2	4	1	6	7	6	5	6	4	5	
6	2	0	3	5	5	8	5	5	2	
4	4	1	4	5	4	8	7	8	5	
7	2	3	7	6	7	6	8	7	4	
3	7	2	1	4	7	8	5	5	6	
2	3	2	8	6	7	6	5	4	6	
1	1	2	4	5	4	7	8	6	6	
3	0	5	7	6	7	5	7	6	7	
4	2	5	4	5	7	7	9	8	6	
		2,5	4,7	5,4	5,9	6,7	6,7	5,9	5,5	

Из таблицы 6 следует, что к дезадаптирующим свойствам личности испытуемых можно отнести высокие показатели по шкале интроверсия, что в сочетании с высокими показателями по шкале тревожности будут выявлять у испытуемых особенный индивидуальный стиль межличностного поведения.

Тревожные интроверты отличаются потребностью в сохранении теплых отношений с небольшим, но особо значимым окружением и зависимой позицией относительно лидера референтной группы.

Эмотивные личности отличаются выраженной вовлеченностью в межличностные отношения при заметном стремлении найти у группы признание, занять значимую социальную позицию.

Спонтанные личности стремятся к независимости и лидированию, проявляют высокую конфликтность и агрессивность.

По методике УНП, результаты исследования показали следующее, рисунок 4.

Рисунок 4 - Уровень невротизации и психопатизации

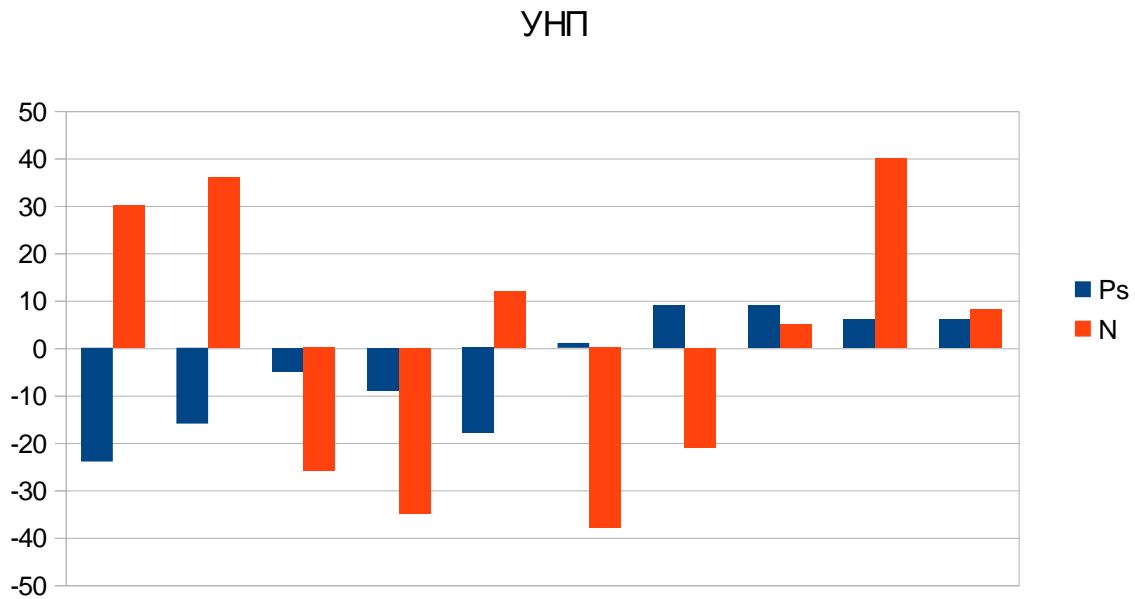


Таблица 7 – Анализ эмоциональной сферы испытуемых

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА						
Тревога		УД		УНА		
СТ	ЛТ	Зунг	Бек	Общ	Рas	Qas
30	39	37	20	36	0,29	0,71
44	44	42	0	88	0,03	0,97
57	48	47	1	-87	0,96	0,04
56	50	42	14	75	0,03	0,97
31	40	40	4	72	0,03	0,97
51	51	40	18	-53	0,96	0,04
48	54	48	13	25	0,56	0,44
51	45	38	6	56	0,03	0,97
47	46	31	16	84	0,03	0,97
22	43	34	6	12	0,56	0,44

Из таблицы 7 следует, что по шкале тревожности Спилбергера по 3 группе выборки обследуемых, наблюдается преобладание высокого уровня личностной и ситуативной тревожности.

По шкале депрессии Зунга, физиологических признаков депрессии у обследуемых не обнаружено, показатели не превышают нормы, более 50 баллов.

По шкале депрессии Бека у 5 обследуемых отсутствуют какие – либо признаки депрессивных симптомов, 1 испытуемый имеет легкую депрессивную симптоматику у двух испытуемых умеренная депрессия и у одного испытуемого выраженная тяжелая форма депрессии.

Результаты методики, измеряющей «уровень невротической астении УНА» 3 группы обследуемых, выявило наличие невротической астении.

Таким образом, анализируя данные последней выборки можно отметить дезадаптирующие свойства личности пациентов, которые будут проявляться в повышенной лабильности нервных процессов и изменчивости эмоционального настроения испытуемых.

В эмоциональной сфере имеются депрессивные расстройства как в легкой, так и в тяжелой форме, а также наличие невротической астении.

Подводя итоги исследования по всем трем клиническим группам можно говорить о характерных признаках, которые дают возможность описать личность и эмоциональные особенности больных алкоголизмом.

Таким образом, к особенностям невротических проявлений, которые были выявлены в результате исследования личности и эмоциональной сферы пациентов, рассматривается клиническая картина заболевания ипохондрической симптоматики – преобладание тормозимых черт, таких как тревожности, сензитивности и интроверсии.

При ипохондрических проявлениях превалируют подавленное настроение, ощущение недомогания, фиксация на телесных ощущениях, болях и тревоге.

При обсессивных проявлениях в ремиссии преобладают навязчивые мысли, желания или, наоборот, боязнь выпить спиртной напиток, сопровождающиеся напряжением, тревогой и утомляемостью.

У ряда больных наряду с астенией отмечается снижение настроения. Пониженное настроение способствует возникновению тревожных опасений, таких как: одиночество, малейшие шумы, шорохи.

Тревожные опасения и страхи в одних случаях характеризуются приступообразностью и кратковременностью, в других – развиваются постепенно и являются более продолжительными и нередко сочетаются с проявлениями слабодушия.

Также следует отметить что, больные хроническим алкоголизмом с ипохондрическими состояниями связаны с различными вегетативно-сосудистыми нарушениями вследствие злоупотребления алкоголем.

При хронической алкогольной интоксикации возникают нарушения вегетативно-сосудистого равновесия. Алкоголь уже в малых дозах будет вызывать стрессорную реакцию.

Ипохондрия с акцентуацией внимания на неприятных ощущениях, смещением сферы интересов на соматические дисфункции; такие невротические проявления именно в период воздержания от злоупотребления алкоголем что объясняется патофизиологическим действием алкоголя, который вызывает неспецифическую восходящую активацию в головном мозге и временно уменьшает связанные с ней тревожно-депрессивные проявления, то есть, отсутствие поступления алкоголя будет вновь оживлять тревожно-депрессивную симптоматику больного.

У испытуемых, отличающихся выраженной эмоциональной неустойчивостью, с истероидными проявлениями и склонностью к фиксированным страхам – значительное преобладание показателя эмотивности на фоне повышенной тревожности.

При астенодепрессивных невротических расстройствах у пациентов отмечается гипостенический тип реагирования и признаки преобладания интроверсии и сензитивности.

Астено-невротический синдром будет подразумевать под собой истощение центральной нервной системы, на фоне которого утомляемость и слабость сочетаются с высокой раздражительностью.

Главной причиной развития астено-невротического синдрома – постоянные стрессы, которые происходят из-за житейских проблем: это могут быть проблемы в плане личных, служебных и социальных сферах, а также в связи с безвременной потерей дорогих людей.

Несмотря на сильную слабость, имеющую место при заболевании алкоголизмом, пациентам свойственно по пустякам нападать в гневе на коллег и

близких. За этим кроется вовсе не мышечная слабость, а определенное состояние вялости и утомляемости.

Больной астено-невротическим синдромом на работе с большим трудом выполняет свои обязанности, так как он больше ни на что не годен. Находясь в постоянно тревожном, угнетенном состоянии, а причины этого объяснить не может.

Так же нарушение сна и головные боли, будут являться проявлениями астено-невротического характера.

Астено-невротический синдром может сопровождаться ипохондрией, склонностью приписывать себе разного рода заболеваний, фактически не имеющих место. Данный синдром может проявляться еще в виде тахикардии, одышки или нарушения пищеварения.

Иногда астено-невротический синдром развивается одновременно с такими заболеваниями, как сахарный диабет и хронические сердечно-сосудистые патологии, а также болезнь Паркинсона и многие другие.

Некоторые пациенты предпочитают снять у себя стресс с помощью употребления спиртного. Однако после употребления алкоголя они становятся еще более раздражительными и агрессивными, так как алкоголизм сам по себе считается астено-невротическим синдромом.

При навязчивых страхах отмечается равновысокие показатели тревожности и эмотивности на фоне смешанного типа реагирования.

В основе невроза навязчивых состояний часто лежит конфликт между пристрастием человека к алкогольным напиткам и моральными принципами.

Психическое расстройство характеризуется появлением у больного навязчивых идей и стремления выполнять странные действия. Подобные мысли появляются самопроизвольно, и человек не может их контролировать.

Такие мысли обязательно имеют негативную эмоциональную окраску, заставляя человека беспокоиться, ожидать плохих событий. Избавиться от навязчивых мыслей без помощи психиатра пациент уже неспособен.

Отмечается, что панический страх смерти лежит в основе невроза навязчивых состояний и нередко навязчивости имеют параноидальный характер.

После употребления алкоголя или в состоянии похмелья больной испытывает ощущение, что его хотят физически устранить или нанести вред здоровью.

Еще один из распространенных сценариев навязчивых мыслей связан с ревностью. Пациенты под воздействием спиртных напитков становятся подозрительными, уверяют себя и окружающих, что стали жертвой супружеской измены и нередко это сопровождается агрессией: оскорблениями, криками и даже рукоприкладством.

У таких больных отмечается преобладание показателей по шкалам – эмотивность и ригидность.

Истерический невроз после алкоголя, особенно когда его употребление вошло в привычку будет характерно, что для пациента уже не способен адекватно оценивать условия и нормы окружающего его мира.

Больному может казаться, что все несправедливо к нему относятся, преувеличивают его тягу к спиртным напиткам, предъявляют слишком высокие требования и необоснованные претензии.

Прием алкогольных напитков способствует возникновению бурной реакции. У больного в состоянии опьянения начинаются истерические припадки, толчком к которым обычно является конфликт или ссора.

Для пациентов свойственно упасть на пол, биться головой о стены, рвать на себе одежду и выдергивать волосы. Так же изменяется цвет лица, нередко появляются боли в груди, судороги.

После употребления алкоголя истерические припадки не редко проходят менее ярко. В таком случае действия больного внешне выглядят театральными и похожи на попытки обратить на себя внимание.

Больной может зарыдать навзрыд или начать без остановки смеяться при отсутствии веской на той причины, принять лежачее или сидячее положение и совершать хаотичные движения конечностями.

Немало важно отметить, что истерический невроз часто сочетается с нарушениями работы органов чувств, расстройствами речи. Таким пациентам свойственен эгоцентризм, он всегда старается находиться в центре внимания любыми способами. Поэтому у окружающих иногда складывается такое впечатление, что он испытывает удовольствие от своих припадков.

При патохарактерологическом развитии личности – сочетание показателей по шкалам сензитивность и тревожность с признаками стенического типа реагирования ригидностью, спонтанностью и агрессивностью.

Отмечается что, патологическое влечение стенической личности продолжает оставаться мощным, это может подтверждаться особенностями потребления алкоголя. Утяжеление эксцессов говорит о приступообразно-прогредиентном течении болезни.

Каждый приступ все более усугубляется психопатологическими нарушениями – например: параноидными переживаниями, эпизодами дементного поведения.

Признание болезни связано лишь с таким фактором как усталость – то есть прогрессирующим ухудшением психического и физического состояния при алкогольной интоксикации.

Тяжелая астения угнетает, а затем и совсем подавляет активность доминанты патологического влечения, затем появляется частичное признание болезни. И как только физическое состояние улучшается, астения и ощущение беспомощности сглаживаются, патологическое влечение в форме дисфорического аффекта нарастает, вслед за ним происходит отчуждение болезни, что и вызывает отказ пациентов от лечения.

Говоря о попытках скрыть зависимость от алкоголизма, у личностей с менее выраженным стеническим радикалом и меньшей активностью патологического процесса несколько отличается по форме.

Скрыть зависимость осуществляется главным образом в виде настойчивого предъявления соматических расстройств, – мнимых или реально существующих, но аггравлируемых.

Больные алкоголизмом не отрицают болезни полностью, но акцент делают на соматические расстройства, которые нужно лечить в первую очередь, то есть раньше алкоголизма.

Подобный вариант диссимуляции в большей степени свойственен пациентам пожилым и длительно болеющим, его можно встретить и у молодых больных.

Так же не менее важное значение имеет личностный акцент. Это присуще гипотимикам – больным, с пубертатного периода чрезмерно чувствительным, боязливым. Такие личности что бессильны перед решением сложных психологических проблем или жизненных трудностей, робкие и безвольные в чужом окружении, они по отношению к более слабым, к своей семье – требовательны, суровы и беспощадны.

Происходит так называемая двойная регрессия – и к пубертальности, и к сенильности.

Характеризуя таких пациентов отсутствием веселья и оживленности, постоянной придирчивостью и нигилистическим отношением ко всему окружающему они будут напоминать стариков.

Следует отметить еще один вариант попытки скрыть зависимость и отчуждения лечения. Пациенты, которые делали как бы опережающее признание болезни, первыми обращали на себя массу самообвинений и признаний. Однако вместе с тем детали аддиктивного поведения и проявления болезни не раскрывались.

То есть главной особенностью является и то что ядро стенической личности это характер – настойчивости, амбициозности, требовательности, высокого самомнения и претензий. Здесь отчуждается не болезнь как таковая, сколько само лечение этой болезни.

Изучая особенности невротических проявлениях у больных алкоголизмом следует обращать внимание и на признаки эмоциональной незрелости, в исследованиях этому свидетельствуют сочетание по шкалам «экстраверсии» и «спонтанности» плюс заострение черт гипертимного круга – агрессивности, ригидности, иногда отмечается нарастание интроверсии, изредка - лабильности.

Такие больные алкоголизмом предпочитают не брать на себя ответственность. Эта черта свойственна им и до развития алкоголизма. Так, если они не принимают решения, то они и не сделают ошибки.

Стремление убежать от ответственности или принятия решений ведет к употреблению алкоголя как средству убегания от реальности. Употребление алкоголя становится способом бегства от проблем.

Толерантность – то есть, способность переносить, терпимость. Фрустрацией – является психическое состояние, которое возникает в результате крушения надежд, невозможности достижения поставленных целей. Фрустрация сопровождается как правило подавленным настроением, напряжением, тревогой. Нормальная жизнь обязательно сталкивает нас с какими-то фрустрациями.

Больной не может терпеть даже незначительные неудачи, он не может сколько-нибудь долго находиться в состоянии фрустрации.

Так же неумение выражать свои чувства – алекситимия, либо неспособность высказать свои чувства, будет являться симптомом неблагополучия психики. Алекситимия свойственна больным с алкогольной зависимостью, так, например, на вопрос как вы себя чувствуете? – больные алкоголизмом отвечают: – нормально. На вопрос что вы чувствуете? – пациенты затрудняются ответить.

Застенчивые и зажатые, закрепощенные больные под воздействием алкоголя делают то, что не могут сделать в трезвом состоянии. Так, например, они становятся говорливыми, общительными, свободно говорят о любви и ненависти.

Отмечается, что в состоянии опьянения, выражаемые алкоголиком эмоции, не относятся порой к тем обстоятельствам, в которых он сейчас находится.

Пациентам свойственно выражать давно подавленные, вытесненные эмоции.

Такие чувства, которые больной алкогольной зависимостью годами испытывал по отношению к самому себе. Так агрессия, ненависть, презрение и прочие отрицательные чувства, направленные обычно вовне, на других, на самом деле это могут быть выражением его собственного отношения к себе.

В трезвом состоянии больной может не выражать своих чувств, потому что не умеет это делать. Поэтому требуется тщательная работа, навыки, усилия, чтобы

выражать, переживать и разрешать данные чувства. Подавление и вытеснение чувств происходит неосознанно, автоматически. Так в качестве зажимов используется мышечное напряжение.

Говоря о низкие самооценки больных с алкогольной зависимостью, можно сказать о том, что, в глубине души пациенты ничего хорошего о себе не думают. Так они не относятся к себе как к достойному и ценному человеку. Тогда как алкоголь в свою очередь позволяет мгновенно изменить ситуацию. Например, уже на следующий день больные стыдятся своего хвастовства и сожалеют о своем поведении.

Больные алкоголизмом часто бывают перфекционистами. Например, если нельзя исполнить проект наилучшим образом, больной может отказаться вообще его выполнять.

Перфекционизм, в сочетании с низкой толерантностью к фрустрации, может быть использован больным как предлог для выпивки. Чувства страдающих алкоголизмом в подобных случаях усугубляются несоразмерно той ситуации, которая их спровоцировала. И опять у таких пациентов появляется новый предлог, чтобы выпить.

Чувство вины является одним из основополагающих чувств больных страдающих от алкогольной зависимости, такое чувство будет, сопровождает зависимых до конца жизни. К примеру, больные после длительного запоя могут за полдня на работе сделать все, что раньше делали за день.

Больные алкоголизмом не могут выносить боль, а чувство вины, как известно достаточно болезненное, поэтому больной вновь начинает злоупотреблять и от этого чувствует себя снова, еще более виноватым.

К психопатическим чертам характера испытуемых следует отнести истерическую психопатию. Главным признаком истерической психопатии – это стремление обратить на себя внимание окружающих любой ценой. Такая черта проявляется в неестественности поведения, театральности, позерстве, демонстративности, ретушированности экспрессивных, речевых реакций, а также телесной пластики.

Так, имея завышенный уровень притязаний и будучи высокого мнения о себе, больные алкоголизмом требуют соответствующего отношения со стороны окружающих.

Интеллектуальная несоответствие, как правило, заурядных способностей и внешних данных избранной роли больных компенсируется хвастовством, лживостью и патологическим фантазированием.

В отличие от обычных лгунов больные алкоголизмом убеждены в реальности своих фантазий и живут в выдуманном ими воображаемом мире, там, где им отводится особая, исключительная роль.

Нередко эти построенные на экзальтированных чувствах мечтания лишены элементарных реальных рациональных оснований. В связи с преобладанием у пациентов с алкогольной зависимостью первой сигнальной системы, ментальная составляющая таких личностей развита недостаточно, поэтому все жизненные интересы и ценности концентрируются в сфере инстинктов, витальных ощущений, а также эмоционально насыщенных телесных переживаний. Но и в этом отношении пациенты также характеризуются ущербностью, так общий психический инфантилизм обычно сочетается с физиологическим.

При ядерных формах личностная патология нередко сочетается с задержками полового развития, дисменореей, бесплодием, вагинизмом, импотенцией и гомосексуализмом у мужчин.

Конфликты, связанные с невозможностью удовлетворить завышенные эгоистические потребности за счет окружающих, разрешаются, как правило, на основе шантажного принципа или посредством сильных протестных, бурных реакций.

В зависимости от степени выраженности таких конфликтов они располагаются в диапазоне от легких поведенческих нарушений и до клинически оформленных стигм.

Так, истерические реакции пациентов могут включать аффективные расстройства, аггравационное, симулятивное поведение и демонстративную ипохондричность.

Декомпенсация ядерных форм в клинической картине пациентов, наблюдаются суицидные поступки, судорожные припадки, сумеречные расстройства сознания, практически весь ассортимент фантомных симптомов и псевдосоматических заболеваний.

Такие проявления могут временно компенсироваться, если окружающие по каким-либо причинам принимают правила навязываемых им отношений. При отсутствии внешних проявлений в подобных случаях происходит дальнейшее углубление психопатических черт и завышенных экзистенциальных притязаний, что становится предпосылкой еще более тяжелых конфликтов в будущем при изменении жизненной ситуации.

В зрелом возрасте для таких пациентов видимость компенсации возможна при благоприятно складывающейся семейной ситуации.

Попытки психотерапевтической или педагогической коррекции установок психопатической личности пациентов могут быть эффективны только в отношении отдельных жизненных ситуаций и не в состоянии изменить характерологических девиаций больного в целом. Тем более к этому неспособны сами больные с их эгоизмом, интеллектуальной ограниченностью и эгоцентрической направленностью эмоционально-волевой активности.

По данным причинам больные лишены возможности длительно и серьезно стремиться к позитивной внутренней трансформации, и без того считая себя безупречными. Усилия больных алкоголизмом будут направлены исключительно на то, чтобы убедить в этом других.

Декомпенсации в зависимости от весомости психопатических отклонений проявляются в виде ярких аффективных или протестно-поведенческих реакций, стойкими симптомами истерического невроза и даже истерическими психозами.

Такими механизмами психологической защиты являются вытеснение, регрессия, идентификация и диссоциация.

Невротическая астения будет проявляться в усталости, повышенной утомляемости и снижении работоспособности. Невротическая усталость так же характеризуется своей инертностью, неспособностью исчезать после отдыха.

Указанные нарушения чаще сопровождаются повышенной возбудимостью, раздражительностью, в частности, повышенной чувствительностью к внешним и внутренним раздражителям. Для таких больных характерны эмоциональная неустойчивость, эмоциональные реакции, неадекватные по силе вызвавшим их причинам, нетерпеливость, плохая переносимость ожидания.

При астении также будет наблюдаться лабильность настроения, которое неадекватно повышается при незначительной удаче и ухудшается при малейшей неудаче.

Вегетативные расстройства при астеническом синдроме у пациентов с алкогольной зависимостью выражаются в лабильности пульса и артериального давления, стойких спонтанных дермографических реакциях, общем и дистальном гипергидрозе.

Характерные для астенического синдрома расстройства сна в виде нарушения засыпания и частых пробуждений, легких проявлений диссомнии сопровождаются чувством разбитости, отсутствием ощущения бодрости. Пациенты в ряде случаев часто жалуются, что не отдохнули за ночь и тревожно ожидают наступление следующей ночи.

Субъективная оценка ночного сна как неполноценного часто является для больных алкоголизмом основанием считать его причиной снижения работоспособности. В то же время выраженной сонливости днем у подавляющего большинства пациентов не наблюдается.

Клиническая картина невротической астении складывается из субъективных жалоб и объективных данных больных, отмечается, что нередко первая часть превышает вторую и делает оценку степени выраженности астении затруднительной.

Причинами возникновения алкогольной зависимости следует отметить следующие факторы: психологически тяжелые профессии, связанные со стрессами и опасностью, эмоциональным напряжением.

Так, спиртное играет роль расслабляющего средства, помогающего забыть увиденное и успокоить нервы. Отсутствие образования и работы или низкая

зарплата, низкий социальный статус все это заставляет думать больного что он неудачник, не нашёл в жизни своего места.

Так же окружающие и общество навязывают такие ценности как богатство и достаток, то депрессия у больных будет только усугубляется, это все ведет к поиску успокоения в алкоголе, что и приводит к развитию алкозависимости.

Практически совмещается с предыдущим фактором и низкий уровень жизни пациентов.

Чувство безысходности заставляет больных употреблять алкоголь регулярно, так становится сложно в одиночку разрешить проблему, а поддержка, как таковая, отсутствует, происходит моральное и духовное падение личности; традиции употребления спиртного в кругу друзей – самая распространённая причина алкоголизации населения.

Социальные факторы пьянства и алкоголизма можно разделить на две группы общие и специфические для нашей страны в сегодняшней ситуации.

Говоря о первой общей группе факторов, следует иметь, в виду, что употребление алкоголя выполняет определенные социально значимые функции.

В разных странах традиции потребления алкоголя выглядят иначе. В некоторых принято коллективное употребление, тогда как в других считается нормальным выпить в одиночку.

Ритуально-символическая функция, тесно связана с первой, хотя видимо, является самой ранней и дает наибольшее количество поводов для выпивки. Это как правило свадьбы, дни рождения, проводы, праздники, поминки, гости без особого повода, символизирующие дружбу, единство.

В общественном сознании ценность алкоголя связывается с радушием и гостеприимством, щедростью и дружбой.

Пропуск в определенную группу, возможность стать ближе, быть своим, можно только, будучи таким же, как другие. Следовательно, отсюда роль банкетов, вечеринок в формировании микрогрупп, то есть в отборе.

В данном случае отмечается, выбирается не алкоголь, а компания, группа.

Уход от жизненных проблем. Поведение является результатом двойного конфликта, то есть, постоянных неудач в стремлении достигнуть цели законными средствами и неспособности прибегнуть к незаконным способам вследствие внутреннего запрета.

Компенсаторная функция это стремление утешиться в случае каких-либо проблем, неурядиц в семье и на работе, расслабиться, отвлечься.

Коммуникативная функция, в ее основе лежит потребность в общении, которая в значительной степени у мужчин удовлетворяется с помощью спиртного.

Алкоголь, способствует преодолению неловкости робости и стеснительности, особенно в ситуациях, когда встречаются незнакомые или малознакомые люди. Здесь же отмечается что, престижное потребление – это показатель определенного статуса.

Функция развлечения, проявляется как уход от серости, обыденности и чаще выступает следствием бедности духовного мира, неразвитости культурных потребностей.

К числу специфических социальных факторов для общества на данный момент времени, в качестве определяющих, следует отнести кризис нашего общества, который обусловил следующие мотивы активизации потребления алкоголя: снижение жизненного уровня значительной части населения, рост безработицы, изменение статуса большего числа людей, которые не сумели адаптироваться к новым условиям. Это и вызывает рост пьянства, как ухода от проблем; социальная незащищенность значительных групп населения, резкое расслоение внутри общества, которые породили нигилизм, неуверенность в завтрашнем дне снижение морального уровня обществ, духовный кризис, криминализация отечественной культуры; относительное удешевление спиртных напитков.

Социальный контроль над употреблением алкогольных напитков включает в себя систему правил приема спиртных напитков, указывающих на место и время, где это допустимо или недопустимо, систему значения оценок, ритуалов, ограничений, запрещений и наказаний за прием спиртных напитков, как с точки зрения права, так и морали. Одна из главных трудностей социального контроля –

это контроль над употреблением алкоголя, который заключается в противоречивости общественного мнения по отношению к данному явлению.

Так, с одной стороны, избегать употребления алкоголя – это признаваемая норма, с другой стороны, непьющий - это тот который не поддерживает компанию и тем самым вызывает недоверие, подозрение, негативную реакцию окружающих, как не свой.

ВЫВОДЫ

1. Проведен теоретический анализ представлений о классификации личностных расстройств у больных алкоголизмом.
2. Проанализировать и описаны результаты исследования личности и эмоциональной сферы обследуемых.
3. Выявлены особенности невротических проявлениях у больных алкоголизмом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате данной работы были определены особенности невротических проявлений у больных алкоголизмом.

Так же проанализированы результаты обследования на личность и эмоциональную сферы больных.

Таким образом, цель дипломной работы достигнута, задачи решены.

Гипотезы исследования о том, невротическое состояние это - результат психогенных переживаний в начальном периоде хронического алкоголизма и гипотеза о том, что личность, страдающая невротическим состоянием, прибегает к алкоголизации с целью подавления болезненных проявлений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алёхин, А.Н. Отношение к болезни у лиц с алкогольной зависимостью на разных этапах заболевания / А.Н. Алёхин, А.В. Яровинская // Научно-теоретический журнал. Серия «Ученые записки». – 2011. – № 1 (71). – С. 7-12.
2. Альтшулер, В.Б. Клиника алкоголизма. Руководство по наркологии. под ред. Н.Н. Иванцева. Т. 1. – М.: Медпрактика – 2010. С. 203-232.
3. Александровский, Ю.А. Социально-стрессовые расстройства: клинико-социальная оценка и терапевтические возможности. «Материалы XIV съезда психиатров России». – 2005. – М.: – С. 155-156.
4. Бузик, О.Ж. Коморбидные расстройства у больных с зависимостью от алкоголя / О.Ж. Бузик, Т.В. Агибалова // Московский научно-практический центр наркологии. М.: – 2008. С. 1-7
5. Бурдин, М.В. Предикторы эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии алкогольной зависимости в условиях анонимного амбулаторного лечения «дисс. на соиск ученой степени к.м.н». – М.: – 2008 г.
6. Варфоломеева, Ю.Е. Тревожные состояния в клинике алкоголизма. «соц. и клин, психиатрия». – 2003. – № 2. – С. 78-82.
7. Валентик, Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ. «Лекции по наркологии». под ред. Иванца Н.Н. - М.: Нолидж. – 2010. – С. 109-340.
8. Волкова, Е.В. Особенности алкоголизма у больных с возбудимыми чертами характера. «Пензенский институт усовершенствования врачей». С. 24-27.
9. Гофман, А.Г. Алкогольные психозы: клиника, классификация / А.Г. Гофман, М.А. Орлова, А.С. Меликсетян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. № 1. – С. 5-12.
10. Исмуков, Н.Н. Программа предупреждения и преодоления наркотической и алкогольной зависимости. – Ростов-на-Дону: Феникс. – 2004. – 320 с.
11. Иваницкая, Е.Н. Алкоголь, курение, наркотики: как выстроить систему эффективной профилактики / Е.Н. Иваницкая, Т. Щербакова // – М.: Чистые пруды. – 2008. – 32 с.

12. Кулик, А.А. Особенности временной перспективы созависимых лиц / А.А. Кулик, Е.В. Лавриненко // Серия «Гуманитарные науки». – 2011. – № 2. – С. 55-56.
13. Кошкина, Е.А. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма / Е.А. Кошкина, Ш.И. Спектор, В.Г. Сенцов, С.И. Богданов // – М.: – 2008.– 288 с.
14. Клименко, Т.В. Клинико-психологическая характеристика свойств личности мужчин и женщин с алкогольной зависимостью. Наркология. – 2007. № 6. – С. 65-67.
15. Хритинин, Д.Ф. Ксеноотерапия опийной и алкогольной зависимости / Д.Ф. Хритинин, С.А Шамов, Б.Д. Цыганков, В.П. Сметанников // М.: – 2008. – 200 с.
16. Клиника алкоголизма: в кн.: «Руководство по наркологии» / В.Б. Альтшулер, Н.Н. Иванцев // Т.1. – М.: Медпрактика. – 2002. – 203 с.
17. Кобалава, Ж.Д. Сравнительное исследование психо-физиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка / Ж.Д. Кобалев, В.С. Моисеев // Вопросы наркологии. – 2003. – № 2. – С. 22-35.
18. Лапин, И.П. Стресс. Тревога. Депрессия. Алкоголизм / И.П. Лапин. – М.: – 2004. – 224 с.
19. Локтева, А.В. Формирование алкогольной зависимости в подростковом возрасте /А.В. Локтева. Серия «Гуманитарные науки». – 2012. – № 6. – С. 125.
20. Мазурова, Л.В. Особенности адаптивно-защитного стиля у женщин с семейной созависимостью и алкогольной зависимостью / Л.В. Мазурова, И.Я. Стоянова, Н.А. Бохан // «Сибирский психологический журнал». Клиническая медицинская психология. – 2009. – № 31. – С. 33-35.
21. Мокаева, Б.И. Психические расстройства, алкоголизм и наркомании как этиологические факторы криминальной агрессии. «Российский психиатрический журнал». – 2008. – № 1. – С. 4-7.
22. Максимова, С.В. Творческая активность у лиц с наркоманической зависимостью. Вопросы наркологии. – 2006. – № 1. – С. 118.

23. Минаков, С.Н. Медико-социальные аспекты и распространенность алкоголизма среди различных групп населения. «дисс.на соиск.ученой степени к.м.н». М.: – 2009.
24. Минко, А.И. Аффективные расстройства при зависимости от психоактивных веществ / А.И. Минко, И.В. Линский // «Международный медицинский журнал». – 2008. – № 9. С. 28-30.
25. Мухаметзянова, Г.В. Психические особенности больных алкоголизмом и наркоманией / Г.В. Мухаметзянова, А.Н. Грязнов // С. 100-113.
26. Новиков, О.В. Русский Алкоголизм. Казань: Полиграфическо-издательский комбинат — М.: – 2007. – 49 с.
27. Надеждина, В. Самый легкий способ избавиться от вредных привычек. Курение. Алкоголизм. Харвест – М.: – 2008. – 224 с.
28. Овчинников, С.В. Клинические особенности алкоголизма у молодых женщин с девиантным поведением. «дисс. на соиск ученой степени», М.: – 2008.
29. Погосов, А.В. Пивной алкоголизм у подростков. Клиническая картина, трансформация в другие формы зависимости, профилактика. М.: – 2014. – 240 с.
30. Пуговкина, О.Д. Склонность к алкоголизации в структуре депрессивных расстройств с позиций биопсихосоциального подхода / О.Д. Пуговкина, А.В. Попинако // Московский НИИ психиатрии. «Современная терапия в психиатрии и неврологии». – 2012. – № 4. С. 26-29.
31. Певницкий, А.А. Навязчивости. Фобии. Алкоголизм. Психоаналитические труды. ERGO – М.: – 2013. – 132 с.
32. Рудакова, И.А. Наркомания и алкоголизм: формы проявления девиантного поведения / И.А. Рудакова, О.С. Ситникова, Н.Ю. Фальчевская // – М.: – 2005. – С. 12-47.
33. Рональд, Т. Стыд, вина и алкоголизм. Клиническая практика. «Институт общегуманитарных исследований». – М.: – 2012. – 240 с.
34. Стельникова, О.М. Твой выбор. «пособие для учителей и родителей» / О.М. Стельникова, Н.Н. Белик, И.А. Черемушкина // Н. Новгород: НижГМА. – 2009. – 40 с.

35. Сирота, Н.А. Вопросы современной профилактики зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ / Вопросы наркологии. – 2008. – №3. – С. 93-104.

36. Сирота, Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма. «учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии» / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // 3-е изд., стер. – М.: Академия. – 2008. – 174 с.

37. Сомкина, О.Ю. Современные представления о женском алкоголизме / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов // «Наука молодых». Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. – 2014. С. 128-133.

38. Тхостова, А.Ш. Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации / А.Ш. Тхостова, К.Г. Сурнов // «Психологический журнал». – 2005. – Т.26. №6. – С. 16-24.

39. Уваров, И.А. Биопсихосоциальные факторы риска развития алкогольных психозов / И.А. Уваров, В.Т. Лекомцев // «Вестник психиатрии и психологии». – 2009. – № 5. – С. 30-39.

40. Цыганков, В.Л. Вопросы наркологии // В.Л. Цыганков, А.Ю. Малыгин, Г.С. Егоров, Хвостиков // – 2007. – 18-31 с.

41. Цыганков, Д.Б. Клинико-патогенетические и терапевтические аспекты панического расстройства у больных хроническим алкоголизмом / Д.Б. Цыганков, Э.Г. Агасарян, Д.А. Терехова // Алкоголизм. – 2007.– № 1.– С. 63-70.

42. Цыганков, Д.Б. Клинико-психологические особенности больных с паническими расстройствами в структуре алкогольной болезни и дифференцированные стратегии их терапии. М.: –2009.

43. Цыганков, Д.Б. Клинические проявления панических расстройств в структуре абстинентного синдрома / Д.Б. Цыганков, Э.Э. Арутюнова // «Материалы научно-методической конференции». М.: – 2005.– С. 180-186.

44. Цыганков, Д.Б. Психологические защиты у больных алкоголизмом и паническим расстройством. / Д.Б. Цыганков, Э.Г. Агасарян // «Журнал неврологии и психиатрии». – 2008. Т. 108. № 11. С. 96-97.
45. Шустов, Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. Когито-Центр – М.: – 2004. – 216 с.
46. Шайдукова, Л.К. Феномен стигматизации в наркологической практике. «Казанский медицинский журнал». – 2005. – №. 1. – С. 55-58.
47. Шток, В.Н. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. – 2013. – 504 с.
48. Шайдукова, Л.К. Особенности ремиссионных психических расстройств у больных алкоголизмом. Наркология. – 2006. – № 5. – С. 64-68.
49. Шуляк, Ю.А. Особенности клиники и терапии алкогольных энцефалопатий с различными вариантами их течения. М.: – 2008.
50. Яхтин К.К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / К.К. Яхин, Д.М. Менделевич // М.: – 2005.