

А. В. КОПЫТОВ, Д. А. КОПЫТОВ

**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ
С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**

Минск БГМУ 2021

Дипозиторий БГМУ

ISBN 978-985-21-0879-9



9 789852 108799

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

А. В. КОПЫТОВ, Д. А. КОПЫТОВ

**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ
С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2021

УДК 616.89-008.441.13(075.8)

ББК 56.14я73

К65

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.03.2021 г., протокол № 3

Р е ц е н з е н т ы: д-р мед. наук, проф., директор Института биохимии биологически активных соединений НАН Беларуси И. Н. Семененя; д-р мед. наук, зав. каф. психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ПК Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета А. А. Кирпиченко

Копытов, А. В.

К65 Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя : учебно-методическое пособие / А. В. Копытов, Д. А. Копытов. – Минск : БГМУ, 2021. – 56 с.

ISBN 978-985-21-0879-9.

Содержит общие понятия об аддиктивном поведении, описание клинических проявлений алкогольной зависимости у взрослых и ее особенности в подростковом возрасте, диагностические критерии психических и поведенческих нарушений, ассоциированных с употреблением алкоголя. Представлены с современных позиций лечебные мероприятия применительно к каждому патологическому синдрому алкоголизма, а также вопросы профилактических и реабилитационных мероприятий, информация о законодательных аспектах и правилах проведения экспертизы алкогольного опьянения.

Предназначается для студентов 4–6-го курсов всех факультетов, субординаторов, врачей-интернов, клинических ординаторов по дисциплинам «Психиатрия», «Наркология», «Психотерапия».

УДК 616.89-008.441.13(075.8)

ББК 56.14я73

ISBN 978-985-21-0879-9

© Копытов А. В., Копытов Д. А., 2021

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2021

ПОНЯТИЕ ОБ АДДИКЦИИ

С современных позиций проблемы зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) рассматриваются в рамках аддиктивного поведения и адаптивного синдрома. *Аддиктивное поведение* — одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или фиксации внимания на определенных предметах или видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций. Выбор аддиктивных стратегий поведения обусловлен трудностями в адаптации к проблемным жизненным ситуациям: сложным социально-экономическим условиям, многочисленным разочарованиям, крушению идеалов, конфликтам в семье, утрате близких, резкой смене привычных стереотипов. Современному человеку приходится принимать большое количество решений за единицу времени, что вызывает перегрузку систем адаптации. Аддиктивная личность ищет свой универсальный и слишком односторонний способ выживания — уход от проблем. Привлекательность аддикции в том, что она представляет собой путь наименьшего сопротивления.

Аддиктивное поведение оказывает негативное влияние не только на самого аддикта, но и на его окружение. Аддиктивная реализация заменяет дружбу, любовь, другие виды активности.

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОГО (АДДИКТИВНОГО) ПОВЕДЕНИЯ

На первом этапе формирование аддиктивного процесса всегда возникает на эмоциональном уровне (повышенное настроение, чувство радости, экстаза, необычного подъема), а затем происходит фиксация этих эмоций в сознании и понимание того, что можно достаточно быстро и без усилий изменить свое психическое состояние.

На втором этапе формируется определенный ритм прибегания к аддиктивному поведению. Оно провоцируется событиями, вызывающими душевное беспокойство, тревогу, чувство психологического дискомфорта.

Затем аддиктивный ритм становится привычным типом реагирования, мотивация употребления становится настолько интенсивной, что отношение к проблемам окружающих аддикта теряет какое-либо значение.

Четвертый этап — полное доминирование аддиктивного поведения. Происходит отчуждение и изоляция от общества, контакты с людьми затруднены, теряется даже способность к манипуляции ими.

Пятый этап уже носит характер катастрофы. Аддиктивное поведение разрушает и психику, и биологические процессы.

Характерные черты аддиктивной личности:

- сниженная переносимость трудностей (уход от появившихся проблем, стремление к немедленному получению удовольствия);
- комплекс неполноценности (неуверенность, избегание ситуаций, в которых могут быть объективно проверены их способности);
- поверхностный характер социабельности (стремление произвести на окружающих положительное впечатление, неспособность к глубокому положительному эмоциональному общению и избегание этих ситуаций);
- стремление говорить неправду (лживость, необязательность);
- зависимость (легкое попадание под влияние других, несамостоятельность, стремление к получению поддержки);
- тревожность.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СВЯЗАННЫМИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ

К психоактивным веществам относят:

- алкоголь;
- наркотики (опиум и его производные);
- никотин;
- стимуляторы (кокаин и амфетамины);
- галлюциногены и летучие растворители (ЛСД и РСР);
- кофеин;
- седативные препараты (барбитураты);
- успокаивающие препараты (бензодиазепины).

По рекомендациям ВОЗ зависимым от ПАВ считают человека, состояние которого соответствует нескольким из следующих условий:

1. В связи с часто повторяемым приемом ПАВ у зависимого возникает состояние периодической или постоянной интоксикации, представляющее опасность для него самого и для его окружения; зависимый наносит вред не только своему физическому, психическому состоянию и социальному положению, но и своим поведением наносит материальный и моральный ущерб окружающим его близким людям и обществу.

2. Ввиду нарастающей толерантности зависимый постоянно повышает дозу вещества для получения желаемого наркотического эффекта.

3. Наблюдается выраженная психическая и физическая зависимость от вводимого препарата, что проявляется в непреодолимом влечении к ПАВ.

4. Непреодолимое влечение к ПАВ вынуждает зависимого добиваться его приобретения любыми способами.

Основные мотивы употребления ПАВ:

- псевдокультуральные (стремление человека приспособить свой личный опыт к «аддиктивным ценностям» социальной микросреды);

- атактические (желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания);
- традиционные (социально обусловленные);
- гедонистические (стремление получить удовольствие от действия ПАВ);
- гиперактивация (стимуляция поведения с помощью ПАВ при относительной сенсорной депривации);
- субмиссивные (давление со стороны окружения);
- аддиктивные («пристрастие» к ПАВ, фиксация в сознании влечения к нему);
- абстинентные (для снятия явлений синдрома отмены);
- самоповреждающие (употребление ПАВ назло себе и другим в качестве протеста, потери перспективы).

В МКБ-10 выделены критерии отдельных состояний, общие для всей группы F1 (психические и поведенческие расстройства, вследствие употребления психоактивных веществ), принципиально не отличающиеся по сути, но имеющие клиническую специфику в зависимости от действия конкретного ПАВ:

- F1x.0 Острая интоксикация;
- F1x.1 Употребление с вредными последствиями;
- F1x.2 Синдром зависимости;
- F1x.3 Синдром отмены;
- F1x.4 Синдром отмены с делирием;
- F1x.5 Психотическое расстройство;
- F1x.6 Амнестический синдром;
- F1x.7 Резидуальное состояние и психотическое расстройство с отставленным дебютом.

АЛКОГОЛЬНОЕ АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Следует различать синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм) как болезнь и «пьянство» как неумеренное употребление спиртных напитков (употребление алкоголя с вредными последствиями).

Алкогольная зависимость (АЗ) — болезнь с прогрессирующим течением, которая возникает на основе неумеренного употребления алкоголя, проявляется патологической зависимостью от алкоголя и другими характерными психическими, соматическими и неврологическими расстройствами, а также сопровождается нарушениями различных социальных функций пациента.

Пьянство не болезнь, а антиобщественная форма поведения, проявляющаяся преимущественно в злоупотреблении алкоголем.

ФАКТОРЫ РИСКА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Социальные факторы риска:

- деструктивный характер поведения;
- проблемы занятости и проведения свободного времени;
- особенности условий воспитания (условия отсутствия или гиперконтроля);
- ошибочное представление об истинных свойствах алкоголя;
- терпимость общества к пьянству;
- высокооплачиваемость неквалифицированного труда, не стимулирующая к профессиональному росту и образованию;
- алкогольные традиции семьи;
- низкий культурный уровень;
- конфликтные взаимоотношения в семье;
- отрицательное отношение к образованию;
- игнорирование общественных интересов;
- неудовлетворенность социальной поддержкой;
- некорректная эмоциональная поддержка в виде эмпатичного участия и желания помочь со стороны окружающих, что усугубляет проблему, т. к. в этом случае алкогольное поведение субъекта получает негативное подкрепление;
- воспитание в дисфункциональной семье (проблемы в межличностных отношениях, потеря чувства безопасности и недоверие к окружающим, избыточный контроль, который в последующем вызывает протест, недостаточная духовная близость, отрицание проблем, ложь, агрессия, конфликтность, соперничество, раннее избегание семейной обстановки и приобщение к асоциальным группам).

Злоупотребление ПАВ — средство манипулирования, которое используется, чтобы добиться уступок.

Образование. Некоторые образовательные системы и подходы направлены на разотождествление с действительностью, т. к. содержание учебного материала диссоциировано с реальным миром. Причина — ориентированность на приоритетность знания учебных предметов. Вместо разумного знакомства с реальностью происходит отрыв от действительности и формирование коммуникативных проблем. Не имея необходимого опыта столкновения с реальностью, подросток оказывается беспомощным, тревожным, неуверенным, от чего он хочет избавиться любым способом. Нередки случаи, когда бывшие отличники, одаренные дети, становясь взрослыми, продолжают пользоваться привычной стратегией избегания «жизненных трудностей» и выбирают аддиктивный путь ухода от проблем в виде употребления алкоголя или наркотиков.

Часто взрослые хотят, чтобы их дети реализовали то, что не удалось им самим, и верят, что этим они обеспечивают будущее своего ребенка.

Однако Э. Берн пишет: «Родители, считающие, что они сделали все возможное для счастья своих детей, получают наркоманов, преступников и самоубийц. Эти противоречия существуют с самого возникновения человеческого рода».

В образовательных учреждениях не хватает специалистов, способных грамотно, открыто, без иронии и лицемерия вести с детьми беседы на темы, которые представляют для них жизненно важный интерес.

Средства массовой информации. СМИ вносят свой вклад в отрыв людей от реальности, предлагая целый спектр ощущений взамен полноценных взаимоотношений, дают готовые образцы мыслей и поступков. Это отрицательно влияет на развитие творческих позиций, индивидуальности, социальной активности личности, а также усугубляет проблемы коммуникации. Телевидение в какой-то степени разобщает людей. Многие находят в просмотре телевизионных программ эффективное средство ухода от проблем.

Общество. Радикальные и стремительные перемены во всех сферах жизни общества оказывают мощное стрессорирующее воздействие на психику. Потеря чувства внутреннего комфорта, равновесия, безопасности становится для многих решающим фактором в выборе аддиктивной стратегии поведения в ответ на требования среды.

Психологические факторы риска:

- низкая стрессоустойчивость;
- личностная напряженность или депрессивность;
- высокая коммуникативная импульсивность;
- склонность к поиску новых ощущений и нового опыта;
- наличие алекситимии;
- преобладание «бегства» в качестве ведущей копинг-стратегии;
- высокая общительность, склонность к поиску новых впечатлений, эмоциональная лабильность, равнодушие, неартистичность, нечувствительность, консерватизм;
- проблемы в коммуникативных навыках;
- употребление как проявление психического заболевания;
- иллюзорное удовлетворение желаний и разрешение конфликтов.

Личностные особенности:

- повышенный эгоцентризм;
- тяга к сопротивлению, упрямству, протесту, борьбе против воспитательных авторитетов;
- стремление к неизвестному, рискованному;
- обостренная страсть к взрослению;
- стремление к независимости и отрыву от семьи;
- склонность преувеличивать степень сложности проблем;
- внешний локус контроля;

- гипертрофированные поведенческие реакции: эмансипация, группирование, увлечение;
- низкая переносимость трудностей;
- преобладание копинг-стратегий избегания, дистанцирования, конфронтации.

Биологические факторы риска. Отягощенная наследственность по алкогольной зависимости влияет:

- на более раннее начало употребления алкоголя;
- быструю прогрессивность зависимости;
- склонность к поиску острых ощущений и нового опыта, повышенную двигательную активность, гипервозбудимость, снижение внимания, замкнутость, избегание, ригидность, которые в последующем являются факторами риска формирования зависимого поведения.

Генетические факторы влияют:

- на врожденные нарушения обменных процессов в системах нейромедиаторов: обмен и транспортировку серотонина, дофамина, ГАМК;
- изменения плотности рецепторов в нейромедиаторных системах;
- недостаточную способность мозга окислять альдегиды;
- висцерогуморальные и эндокринные расстройства;
- неполноценность высших отделов центральной нервной системы;
- психические болезни и патологии характера.

Дети, рожденные в семьях алкоголиков, более подвержены алкогольной зависимости, чем дети здоровых родителей. Наследуется не сама болезнь, а биологические особенности, способствующие ее развитию.

Патологическая зависимость особенно быстро формируется у лиц с отдельными последствиями органического поражения головного мозга или у людей, страдающих некоторыми формами невротических расстройств.

F10.0 ОСТРАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ

Алкогольное опьянение (алкогольная интоксикация) — патологическое состояние, характеризующееся сочетанием психических и неврологических расстройств, обусловленных воздействием этилового спирта на ЦНС.

Острая интоксикация (диагностические критерии):

1. Отчетливые данные о приеме одного или нескольких психоактивных веществ в дозе, достаточной, чтобы вызвать состояние интоксикации.
2. Наличие характерных для данного вещества симптомов, сопровождающихся выраженными нарушениями сознания, когнитивных функций, восприятия, аффекта или поведения.
3. Имеющиеся симптомы невозможно объяснить независимой от употребляемого психоактивного вещества соматической патологией или иным психическим расстройством.

По клиническим проявлениям выделяют три степени алкогольного опьянения: *легкую, средней тяжести и тяжелую*. Поведение опьяневшего человека зависит как от действия алкоголя, так и от традиций, личностных особенностей человека, употребляющего алкоголь, его психического состояния, предшествующего опьянению. Для легкой степени опьянения характерно повышенное настроение с чувством бодрости, довольства, благодушием. Опьяневший весел, шутит, преисполнен симпатии к окружающим. Возникает самоуверенность, повышенная самооценка, склонность к хвастовству. Настоящее и будущее рисуются в радужном свете, трудности кажутся легко преодолимыми, неприятности малозначительными. Преобладают приятные мысли и ассоциации. Исчезает чувство досады, обиды, напряженного ожидания. У некоторых людей появляется стремление говорить, демонстрировать силу и ловкость. Мимика и жестикация становятся особенно выразительными, движения размашистыми, порывистыми, но менее точными. Речь быстрая и громкая. Суждения поверхностны, не всегда последовательны; ускоряется процесс ассоциирования, появляется много ассоциаций по созвучию. Снижается объем и качество работы, растет число ошибок. Критика к своему состоянию снижается. Длительность первой степени алкогольного опьянения от 30–40 мин до 2–3 ч. Вначале нормализуется настроение, затем исчезают двигательные проявления опьянения, восстанавливается работоспособность. Опьянение сохраняется в памяти.

Средняя степень опьянения сопровождается углублением психических нарушений. Оценка ситуации становится неточной, фрагментарной. Затруднено и замедлено образование представлений. Речь громкая, наблюдаются ее замедление, грамматическое упрощение, затруднения в подборе слов, речевая продукция по слогам (дизартрия). Высказывания становятся банальными, однообразными. Характерны грубость, плоские циничные шутки и брань. Внимание с трудом переключается. Слабые внешние раздражители не воспринимаются, а интенсивные или особой значимости — с трудом. Эйфория с благодушием, умилением, всепрощением быстро сменяется злобностью, раздражительностью, негодованием, оживлением неприятных воспоминаний, агрессией. Легко обнаруживаются затаенные чувства обиды, ущемленной справедливости, ревности. Нарушения настроения во многом определяют поведение и высказывания. Резко снижается критика, волевые импульсы легко реализуются в действиях. Многие поступки выглядят неадекватными. Поведение становится бестактным, бесцеремонным. Утрачивается чувство стыда, нередко обнаруживается сексуальная расторможенность. Вместе с тем ситуация не полностью, но осознается, сохраняется способность к неожиданным метким замечаниям. Движения плохо координированы, человек начинает пошатываться. Отмечаются также ограничение движений глазных яблок, вялая

реакция зрачков на свет. Длительность этой степени опьянения — несколько часов. Затем наступает сонливость, переходящая в сон, или начинается медленное протрезвление с длительно сохраняющимся чувством слабости, пониженным настроением, отсутствием аппетита, жаждой. Обстоятельства во время опьянения подвергаются частичному забыванию, особенно если оно сменяется длительным сном.

Тяжелая степень опьянения характеризуется оглушенностью сознания различной выраженности с резким обеднением психической деятельности. Крайне затруднено восприятие окружающего, речь отсутствует или произносятся отдельные слова. Утрачено понимание речи окружающих. В наиболее тяжелых случаях человек теряет сознание. Характерны грубая дискоординация движений, потеря мышечного тонуса, неспособность говорить, падение давления и температуры тела, тошнота, рвота, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Возможна смерть. Протрезвление наступает медленно. Несколько дней держатся слабость с адинамией, нарушением сна и аппетита. Тяжелая степень опьянения полностью забывается.

В зависимости от дозировки клиническая картина меняется, начиная от состояния легкой эйфории (0,3 мг% в крови при нормальной толерантности) до нарушений координации, атаксии (1 мг%), спутанности, сужения сознания (2 мг%), комы, подавления дыхания и, изредка, летального исхода (при уровне свыше 4 мг%).

Диагноз. Помимо общих для острой интоксикации признаков (F1x.0), состояние должно соответствовать следующим критериям:

1. Наличие не менее одного из следующих поведенческих и когнитивных нарушений:

- расторможенность;
- конфликтность;
- агрессивность;
- аффективная лабильность;
- нарушения концентрации внимания;
- сужение мыслительных возможностей;
- снижение умственной и производственной продуктивности.

2. Наличие не менее одного из следующих неврологических нарушений:

- шаткость походки;
- отрицательная проба Ромберга;
- признаки дизартрии;
- нистагм;
- нарушения сознания (например, сомнолентность, кома).

Дифференциальный диагноз проводится с сопорозно-коматозными состояниями иной этиологии: ЧМТ и травмы позвоночника, диабетическая и печеночная кома, сердечная аритмия, миастения, передозировка при сочетании употребления с другими ПАВ.

Наряду с типичной картиной алкогольного опьянения встречаются измененные формы простого опьянения (*атипичное опьянение*). Атипичность выражается неожиданными вспышками раздражения, злобы с готовностью к агрессии (эксплозивная форма), истерическими проявлениями вплоть до истерических припадков (истерическое опьянение), угрюмой напряженностью с недовольством и злобой (дисфорическое опьянение), подавленным настроением со слезливостью, тоской, суицидальными тенденциями (депрессивное опьянение), речевым и двигательным возбуждением или дурашливым возбуждением с гримасничаньем и кривлянием (маниакально-дурашливое опьянение), бредоподобными высказываниями (псевдопараноидное опьянение), тяжелым возбуждением со злобой и агрессией (эпилептоидное опьянение), внезапным наступлением сонливости, переходящей в глубокий сон (часто наблюдается при наличии поражения головного мозга), совершением импульсивных действий (половые извращения, пиромания, клептомания).

Лечение. Неосложненная интоксикация алкоголем легкой и средней степени не требует специального лечения. При осложненной интоксикации рекомендуется ввести 10–20 мл 40%-ного раствора глюкозы внутривенно для предупреждения алкогольной гипогликемии и 100 мг тиамина внутримышечно. При психомоторном возбуждении по показаниям назначается фиксация пациента и введение раствора галоперидола внутривенно или внутримышечно в дозировке 5–15 мг.

Лечение интоксикации алкоголем тяжелой степени с нарушением функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем должно проводиться в отделении интенсивной терапии и реанимации либо в токсикологическом отделении организации здравоохранения любого уровня оказания помощи.

Неотложная помощь необходима:

- при появлении признаков оглушения;
- для удаления невсосавшегося яда (алкоголя);
- обеспечения адекватного внешнего дыхания;
- ускорения метаболизма алкоголя и восстановления функций ЦНС;
- коррекции ацидоза и ощелачивании плазмы (раствор гидрокарбоната натрия 200 мл в/в капельно);
- для обеспечения адекватного внешнего дыхания.

Смерть пациента из-за острой алкогольной интоксикации чаще связана с западением языка, аспирацией, т. к. даже в высоких дозах алкоголь обычно не угнетает дыхательный центр. Выраженное угнетение дыхания по «центральному» типу возможно при совместном употреблении алкоголя и снотворных, транквилизаторов, барбитуратсодержащих средств типа Корвалола, Валокордина и др. Применение «дыхательных» аналептиков при изолированном алкогольном опьянении не оправдано.

Для коррекции тяжелого алкогольного опьянения «дыхательные» аналептики (кордиамин, кофеин) применять не рекомендуется в связи с низкой эффективностью и высоким риском побочных эффектов (судорожный синдром, вторичное угнетение дыхательного центра).

При совместном употреблении алкоголя и транквилизаторов показано введение специфического антидота бензодиазепинов — флумазенила в/в струйно.

Алкогольная кома часто маскирует ЧМТ, серьезные соматические состояния и другие отравления. Необходимо тщательное обследование пациента, включая биохимический анализ крови и другие токсикологические исследования (особенно если выход из комы затягивается).

ЭКСПЕРТИЗА ОПЬЯНЕНИЯ

Экспертиза опьянения проводится в соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 497 от 14.04.2011 «Об утверждении Положения о порядке проведения освидетельствования физических лиц на предмет выявления состояния алкогольного опьянения и (или) состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ».

Основные положения, термины и определения (в сокращенном виде)

Освидетельствование — совокупность действий должностного лица, производимых при необходимости с участием врача или иного специалиста в порядке, устанавливаемом настоящим Положением.

Состояние алкогольного опьянения — наличие абсолютного этилового спирта в крови или выдыхаемом воздухе в концентрации 0,3 и более промилле или наличие паров абсолютного этилового спирта в концентрации 150 и более микрограммов на один литр выдыхаемого воздуха.

Состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ (состояние наркотического опьянения) — наличие наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ (состояние наркотического опьянения) (далее, если не указано иное, — наркотические средства или другие вещества) в биологических образцах, забранных у физического лица, при одновременном выявлении у него совокупности нарушений физических и (или) психических функций вследствие потребления соответствующих наркотических средств или других веществ.

Отказ от прохождения в установленном порядке освидетельствования — выраженное в письменной или устной форме несогласие

физического лица проходить в установленном порядке освидетельствование в целом, а равно отказ физического лица от выполнения указаний должностного лица (врача или иного специалиста), касающихся освидетельствования.

Освидетельствование проводится с использованием приборов, предназначенных для определения концентрации паров абсолютного этилового спирта в выдыхаемом воздухе, соответствующих требованиям технических нормативных правовых актов (далее — приборы), и (или) экспресс-тестов (тест-полосок, экспресс-пластин), предназначенных для определения наличия наркотических средств или других веществ (далее — экспресс-тесты) в биологических образцах, забранных у физического лица.

Для проведения лабораторного исследования при освидетельствовании с участием врача или иного специалиста у физического лица могут забираться в установленном порядке биологические образцы для определения в них концентрации абсолютного этилового спирта, наличия наркотических средств или других веществ.

При положительном результате экспресс-тестов проведение лабораторного исследования является обязательным.

При доставлении физического лица в тяжелом, бессознательном состоянии в государственную организацию здравоохранения в медицинскую карту стационарного пациента по результатам лабораторного исследования врачом вносятся данные о концентрации абсолютного этилового спирта, наличии наркотических средств или других веществ в биологических образцах на момент оказания такому физическому лицу медицинской помощи, на основании которых выносится заключение о наличии (отсутствии) у физического лица состояния опьянения. При этом акт освидетельствования не составляется. Государственная организация здравоохранения по запросу должностного лица выдает выписку из медицинских документов, в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения, в которой отражается вынесенное врачом заключение о наличии (отсутствии) у физического лица состояния опьянения.

Должностное лицо определяет место проведения освидетельствования, необходимость использования при его проведении приборов и (или) экспресс-тестов, а также участия врача или иного специалиста.

По результатам проведения в организации здравоохранения освидетельствования физического лица на предмет выявления состояния опьянения врач составляет акт освидетельствования в двух экземплярах, который удостоверяется его подписью и печатью.

Первый экземпляр акта освидетельствования выдается должностному лицу, доставившему физическое лицо в организацию здравоохранения, второй — хранится в организации здравоохранения.

По итогам проведения освидетельствования должностным лицом в протоколе процессуального действия, врачом в акте освидетельствования отражается одно из следующих заключений.

Состояние на момент освидетельствования:

– отсутствует состояние алкогольного опьянения и (или) состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

– состояние алкогольного опьянения;

– состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

– состояние алкогольного опьянения и состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

– отказ от прохождения в установленном порядке освидетельствования.

Если проведение освидетельствования в целом не представляется возможным в силу сложившихся обстоятельств (из-за тяжести состояния физического лица, его отказа от освидетельствования и других причин), в протоколе процессуального действия должностным лицом указываются причины, не позволившие его провести.

В случае несогласия должностного лица с заключением врача должностное лицо может самостоятельно провести освидетельствование с использованием приборов и (или) экспресс-тестов или им может быть назначена экспертиза.

Организация здравоохранения при обращении физического лица, в отношении которого проводилось освидетельствование, за получением информации о его результатах выдает ему медицинскую справку о состоянии здоровья, содержащую заключение, вынесенное по результатам освидетельствования, в порядке, установленном законодательством.

От алкогольного опьянения важно отличать патологическое опьянение, которое возникает вскоре после приема алкоголя (независимо от дозы). Оно представляет собой острый транзиторный психоз.

F10.07 ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ

Предрасполагающими факторами являются органические повреждения мозга (в особенности, энцефалит, травмы), пожилой возраст, общее утомление, алкоголизация на фоне приема седативных и снотворных средств. Поскольку это редкое нарушение чаще наблюдается у людей с повышенным уровнем тревоги, для которых агрессивное поведение в целом не характерно, предполагается, что алкоголь, вызывая дезорганизацию психических процессов и потерю самоконтроля, может способствовать высвобождению агрессивных импульсов.

Клиника. Состояние характеризуется поведенческими нарушениями, внезапно появляющимися вскоре после употребления небольших количеств алкоголя (уровень в крови обычно ниже 1,5 мг%). Поведение характеризуется импульсивной агрессивностью с опасными для других или, реже, для себя тенденциями на фоне спутанности, нарушений ориентировки и восприятия (иллюзии, транзиторные зрительные галлюцинации и бредовые идеи). Состояние длится до нескольких часов, завершаясь длительным сном с последующей амнезией эпизода.

Диагноз. Помимо того, что патологическое опьянение наступает после приема дозы, не вызывающей состояния интоксикации у большинства людей и наблюдаются общие для F1x.0 признаки, должны соблюдаться следующие критерии:

1. Наличие вербальной и/или невербальной агрессии к окружающим, нетипичной для данного лица в трезвом состоянии.
2. Состояние развивается очень быстро, как правило, в течение нескольких минут после приема алкоголя.
3. Отсутствуют данные о наличии какого-либо иного церебрального или психического нарушения.

Дифференциальный диагноз патологического опьянения проводится с эпизодами внезапного изменения поведения при височной эпилепсии.

Обследование: обязательно определение концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе или крови, определение в моче лекарственных средств (анксиолитики, снотворные средства), психотропных веществ (амфетамины). Другие обследования включают однократную консультацию невролога. Дополнительно при наличии показаний однократно проводятся МРТ или КТ головного мозга, иногда — ЭЭГ.

Лечение: для купирования психомоторного возбуждения используют внутривенное или внутримышечное введение диазепама в дозировке 5–10 мг и галоперидола — 5–15 мг. Следует учитывать сочетанный угнетающий эффект диазепама и алкоголя на дыхательную функцию; в случае применения диазепама должно быть обеспечено непрерывное наблюдение за пациентом с контролем функции дыхания.

F10.1 УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Диагностические критерии:

1. Отчетливое подтверждение того, что прием вещества вызывает непосредственно соматические или психические проблемы, включая ограничение мыслительных функций, поведенческие отклонения, которые могут привести к инвалидизации или снижению социального приспособления.
2. Вредное последствие должно быть четко определено.
3. Стереотип приема вещества сохраняется по меньшей мере в течение месяца или повторяется в течение последнего года.

4. Состояние на данный момент не соответствует критериям другого психического расстройства, вызываемого этим веществом, за исключением острой интоксикации (F1x.0).

Клиника. Массивное употребление алкоголя вызывает обратимую жировую инфильтрацию печени — центра катаболизма алкоголя. Пока недостаточно известно, как именно эта инфильтрация способствует возникновению цирроза печени. Воспаление и затем разрушение печеночных клеток при циррозе завершается летальным исходом у 10–30 % носителей этой болезни.

С алкоголизмом связаны также болезни тонкого кишечника, недостаточность функции поджелудочной железы и панкреатит (75 % больных панкреатитом являются зависимыми от алкоголя). Алкоголь вмешивается в нормальные процессы переваривания и абсорбции пищи, снижая способность кишечника к всасыванию ряда важных питательных веществ, включая витамины и аминокислоты.

Хроническое употребление алкоголя нарушает производительность и ритм работы сердца, оксигенацию миокарда, вызывая кардиомиопатию после 10 и более лет алкоголизации. Хроническая алкоголизация снижает сопротивляемость организма инфекционным заболеваниям, отрицательно влияя на иммунитет организма.

В результате прямого воздействия на уровень тестостерона и тестикулярной атрофии, алкоголь снижает сексуальную и воспроизводительную функции у мужчин. Повышение уровня женских гормонов ведет к женскому типу оволосения и увеличению грудных желез у 50 % алкоголиков. В нарушении сексуальной функции играет роль и непрямой токсический эффект алкоголя в зоне лимбических структур и гипоталамуса, а также невропатия периферических парасимпатических нервов, участвующих в эрекции. У женщин-алкоголичек наблюдаются нарушения функций половых желез, сопровождающиеся недостаточной продукцией женских гормонов, изменениями вторичных половых признаков, угасанием менструального цикла, бесплодием.

Употребление алкоголя при беременности чревато возникновением у плода т. н. фетального алкогольного синдрома (замедление роста до или после родов, аномальная конфигурация лица и черепа с уменьшением окружности головы и уплощением черт лица, признаки задержки умственного развития и поведенческие нарушения).

Лечение. Показано краткосрочное вмешательство — мотивационное интервью, которое состоит из оценки уровня потребления пациентом алкоголя, информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления алкоголя, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление алкоголя, поиска факторов, способствующих воздержанию. Целью интервенции может быть не только

полное воздержание от спиртного, но и уменьшение количества потребляемого алкоголя / частоты.

При наличии показаний, которыми могут выступать коморбидные аффективные нарушения, могут применяться антидепрессанты из группы СИОЗС: Алевал (сертралин) — 25–50 мг/сут, Флувоксин (флувоксамин) — 50–100 мг/сут в течение 4–12 недель.

Краткосрочное вмешательство должно проводиться врачом или медицинской сестрой (фельдшером, помощником врача) той организации здравоохранения, где был выявлен данный пациент без перенаправления к психиатру-наркологу или психотерапевту.

F10.2 Синдром алкогольной зависимости

Для **диагностики** синдрома алкогольной зависимости необходимо наличие следующих критериев МКБ-10 из рубрики F10–19 («Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ»):

1. Три или более из числа следующих проявлений должны возникать одновременно на протяжении 1 месяца или периодически повторяться в течение 12 месяцев:

- сильное желание или чувство насильственной тяги к приему вещества;
- нарушенная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствуют употребление веществ в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, или безуспешные попытки сократить или контролировать употребление вещества;

- состояние физиологической абстиненции, когда прием вещества уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует синдром отмены, характерный для этого вещества, или использование того же (или сходного) вещества с целью облегчения или предупреждения симптомов абстиненции;

- изменение толерантности к эффектам вещества, заключающееся в повышении/снижении дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы вещества приводит к явно ослабленному эффекту;

- озабоченность употреблением вещества, проявляющаяся в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от других альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с получением и приемом вещества и восстановлением от его эффектов;

- устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда.

В дополнение к общим для F10.2 проявлениям синдрома зависимости следует упомянуть, что специфика алкогольной зависимости включает разнообразные стереотипы алкоголизации. Употребление значительных количеств алкоголя может быть ежедневным или ограничиваться выходными днями. Злоупотребление алкоголем в течение нескольких дней/недель/месяцев (запой) может прерываться длительными периодами абстиненции (дипсоманический стереотип). Ежедневная алкоголизация в нерабочее время может длительное время сопровождаться относительно сохранным профессиональным статусом и отсутствием сознания неконтролируемости злоупотребления.

Запой могут также носить разный характер, завершаясь или спонтанно, или вынужденно, в результате соответствующих осложнений социальной ситуации или соматического состояния («гамма-алкоголизмом»). Характерными признаками являются также эпизоды полной или частичной амнезии (т. н. палимпсесты) периода интоксикации, на протяжении которого пациент может производить на окружающих впечатление человека с сохранным сознанием.

Амнестические проявления в целом коррелируют с тяжестью и длительностью заболевания. Достаточно типичной, возрастающей по мере социальной деградации, является тенденция к употреблению непищевого алкоголя (технический спирт, политура, тормозная жидкость и т. д.).

Диагностику синдрома зависимости, в особенности на начальных его стадиях, как правило, осложняет тенденция пациентов к отрицанию злоупотребления алкоголем. Иногда эту же позицию занимает и семья пациента. Клиницисту следует обращать внимание на такие признаки ранних проблем, связанных с алкоголизацией, как трудности в общении с супружеским партнером, потеря контакта с детьми, утрата интереса к семейным проблемам, частые вспышки раздражительности. Алкоголь может использоваться как для снятия сексуальной заторможенности, так и для избегания сексуальных контактов. Ранними соматическими стигмами могут быть утренние рвоты, поносы, гастрит, увеличение печени.

Кроме представленной выше классической традиционной диагностики алкогольной зависимости в соответствии с критериями МКБ-10 представляет интерес классификация Джеллинека, который отмечал, что «классификация проявлений алкоголизма затруднена широкими различиями в культуральных стилях алкогольного поведения, а также тем обстоятельством, что само по себе потребление алкоголя в большинстве культур не рассматривается как девиантное или аномальное». Джеллинек выделял следующие формы алкогольной зависимости:

– *альфа* — психологическая зависимость, при которой алкоголь используется как средство снятия физической или душевной боли (в последнем случае используется термин «тимогенное пьянство»). Здесь нет

потери контроля и физиологических признаков зависимости. Этот тип обозначают как «проблемное пьянство», «пьянство ухода, бегства»;

– *бета* — при отсутствии физической и психологической зависимости появляются соматические осложнения в области внутренних органов, сердечно-сосудистой системы, снижается сопротивляемость инфекциям и онкологическим заболеваниям. Этот тип иногда называют «соматопатическим пьянством»;

– *гамма* — повышение толерантности в результате клеточной адаптации к повторным приемам алкоголя, появление синдрома отмены, утрата контроля алкогольного поведения. Синонимы этого типа алкоголизма: «эссенциальный, идиопатический, аддиктивный, злокачественный»;

– *дельта* — форма, распространенная в винодельческих странах. При ней также наблюдается повышенная толерантность и симптом отмены. Отличительной особенностью является постоянство употребления алкоголя с невозможностью прекратить его даже на короткое время без развития в этом случае синдрома отмены;

– *эпсилон* — дипсомания, периодическое или запойное пьянство. В промежутках между запоями алкоголь может не употребляться в течение нескольких недель или месяцев.

С точки зрения симптоматиологии и синдромологии под зависимостью к алкоголю подразумевают состояние, определяемое:

1. Синдромом измененной реактивности организма к действию алкоголя (исчезновение защитных реакций, изменение толерантности, формы потребления, формы опьянения).

2. Синдромом психической зависимости (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации, аффективные реакции в предвкушении приема или отсутствии ПАВ).

3. Синдромом физической зависимости (компульсивное влечение 3 видов (вне интоксикации, в структуре абстинентного синдрома, в состоянии опьянения), потеря контроля над дозой, синдром отмены, физический комфорт в интоксикации). Синдром отмены является наиболее важным симптомом физической зависимости.

4. Синдромом последствий алкоголизации (энергетическое снижение, полисистемное функциональное истощение организма):

– *последствия со стороны психической сферы*: изменение личности — психопатизация, деменция; аффективные нарушения на протяжении всей болезни; тревога и депрессия, сменяющаяся дисфориями; интоксикационные и абстинентные психозы;

– *расстройства соматоневрологической сферы* (изменения кожи, ногтей, волос, похудание, пастозность, несоответствие биологического и физиологического возраста, потеря зубов, поражения слизистых и т. д.);

– *общеорганизменные изменения* (нарушения нейрорегуляции и иммунной защиты, поражения печени, ЖКТ, органов дыхания, поражение подкорковых узлов, гипоталамических образований, ретикулярной формации, мозжечка, парезы, параличи).

5. Алкогольное опьянение (острая интоксикация) — состояние, возникающее после приема ПАВ, включающее определенные психические и соматические симптомы.

СКРИНИНГОВЫЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

CAGE

Тест CAGE, состоящий из четырех вопросов, был разработан как скрининговый опросник для выявления алкогольных проблем:

1. Пытались ли Вы когда-либо бросить пить?
2. Раздражает ли Вас, когда люди спрашивают о том, как Вы пьете?
3. Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете?
4. Похмелялись ли Вы когда-нибудь по утрам?

Риск существования алкогольных проблем имеется при положительном ответе на любой из этих вопросов. Проблема вероятна, если пациент положительно отвечает на два или три вопроса. Четыре положительных ответа свидетельствуют о высокой вероятности алкогольной зависимости.

AUDIT

AUDIT — Alcohol Use Disorders Identification Test (Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя).

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?
(0) никогда;
(1) 1 раз в месяц или реже;
(2) 2–4 раза в месяц;
(3) 2–3 раза в неделю;
(4) 4 и более раз в неделю.

2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?

Стандартная порция (единица)	Водка (мл) 40 об%	Крепленое вино (мл) 17–20 об%	Сухое вино 11–13 об%	Пиво (бут.) 5 об%
(0) 1 или 2	30–60	75–150	75–150	250 мл – 1 б.
(1) 3 или 4	90–120	225–300	300–400	1,5–2 б.
(2) 5 или 6	150–180	375–450	500–600	2,5–3 б.
(3) 7 или 8	210–240	525–600	700–800	3,5–4 б.

3. Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одной выпивки?

- (0) никогда;
- (1) менее чем 1 раз в месяц;
- (2) 1 раз в месяц;
- (3) 1 раз в неделю;
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

4. Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?

- (0) никогда;
- (1) менее чем 1 раз в месяц;
- (2) 1 раз в месяц;
- (3) 1 раз в неделю;
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас ожидают?

- (0) никогда;
- (1) менее чем 1 раз в месяц;
- (2) 1 раз в месяц;
- (3) 1 раз в неделю;
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки?

- (0) никогда;
- (1) менее чем 1 раз в месяц;
- (2) 1 раз в месяц;
- (3) 1 раз в неделю;
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и раскаяния после выпивки?

- (0) никогда;
- (1) менее чем 1 раз в месяц;
- (2) 1 раз в месяц;
- (3) 1 раз в неделю;
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

8. Как часто за последний год Вы были не способны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?

- (0) никогда;
- (1) менее чем 1 раз в месяц;
- (2) 1 раз в месяц;
- (3) 1 раз в неделю;
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

9. Являлись когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей?

- (0) никогда;
- (1) менее чем 1 раз в месяц;
- (2) 1 раз в месяц;
- (3) 1 раз в неделю;
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

- (0) никогда;
- (2) да, но это было более чем год назад;
- (4) да, в течение этого года.

Подсчитайте сумму баллов:

8 баллов и более — проблемное потребление алкоголя.

8–15 баллов — чрезмерное и рискованное потребление.

16–19 баллов — употребление с вредными последствиями.

Выше 20 баллов — возможна алкогольная зависимость.

СОМАТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ЗЛУОПOTРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

Чрезмерное употребление алкоголя может привести к различным соматическим нарушениям:

- угрозе прямого токсического воздействия на определенные ткани, особенно на печень — риск смерти от цирроза печени в 10 раз выше обычного! — и мозг;
- недостатку белка и витаминов группы В;
- увеличению риска несчастных случаев, особенно травм головы;
- снижению иммунитета;
- нарушениям нервной системы.

К другим соматическим нарушениям, связанным с чрезмерным употреблением алкоголя, относятся анемия, недостаточность витаминов, миопатия, эпизодическая гипогликемия, гемохроматоз, кардиомиопатия, туберкулез и др. Уровень смертности среди пьющих людей очень высок.

Суицидальное поведение, ассоциированное с алкоголизацией. Пациенты с алкогольной зависимостью с повышенным риском суицида отличаются некоторыми личностными и клиническими особенностями: тенденцией к самоизоляции, низкой потребностью в новых контактах, выраженным конформизмом; антисоциальным поведением с неустойчивостью настроения и психопатизацией; имеют менее квалифицированную работу; чаще живут вне семьи; соматически неблагополучны.

Самоубийства чаще совершаются в состоянии отмены алкоголя на фоне «утренней» депрессии. Наиболее суицидоопасный алкоголизм, который развивается в возрасте до 25 лет у антисоциальных, импульсивных личностей, склонных к агрессии и имеющих низкое содержание метаболитов серотонина и дофамина в спинномозговой жидкости.

Пациенты с высокопрогредиентным течением алкогольной зависимости чаще совершают суицидальные попытки, чем пациенты с мало- и среднепрогредиентным течением. С увеличением длительности течения алкогольной зависимости вероятность самоубийства снижается, что связывают со снижением критической способности у пациентов.

Основные принципы и положения лечения алкогольной зависимости изложены в соответствующем разделе учебно-методического пособия.

F10.3 Синдром отмены алкоголя

Клинические общие критерии:

1. Доказательство отмены или снижения дозы алкоголя после повторного и, как правило, длительного потребления в высокой дозе.
2. Наличие специфических признаков синдрома отмены алкоголя.
3. Состояние невозможно объяснить независимой от употребления алкоголя соматической патологией или иным психическим заболеванием.

Состояние характеризуется прежде всего разнообразными вегетативными симптомами, грубым быстросчастотным генерализованным тремором, усиливающимся при движении или волнении. В силу снижения алкоголем судорожного порога, чаще в пределах первых суток, могут развиваться большие судорожные припадки, в особенности при наличии их в анамнезе. Обычно нарушен сон, сопровождающийся яркими кошмарными сновидениями. Усилению симптоматики способствуют: продолжительное употребление значительных доз, общее ослабление организма в результате переутомления, недостаточного питания, сопутствующего соматического заболевания или депрессивного состояния. Синдром развивается через 24–48 ч после прекращения приема и совершает обратное

развитие в течение 5–7 дней (в т. ч. и без лечения), хотя раздражительность и нарушения сна могут длиться и дольше. В ряде случаев развитие симптоматики вынуждает к возобновлению приема алкоголя для ее снятия.

Для постановки **диагноза**, помимо общих критериев синдрома отмены, в состоянии должно наблюдаться не менее 3 из следующих признаков:

- тремор пальцев вытянутых вперед рук, кончика языка или век;
- потливость;
- дурнотное состояние, тошнота, рвота;
- тахикардия или гипертония;
- психомоторное возбуждение;
- головные боли;
- бессонница;
- недомогание, слабость;
- транзиторные зрительные, осязательные или слуховые галлюцинации или иллюзии;
- большие судорожные припадки.

Лечение. При неосложненном состоянии отмены алкоголя (легкая степень) медицинская помощь оказывается амбулаторно.

Перед проведением лечебных мероприятий при синдроме отмены средней и тяжелой степени необходимо провести тщательное соматоневрологическое обследование и сбор медицинского анамнеза.

Оказание помощи в стационаре рекомендуется при наличии хотя бы одного из следующих признаков:

- осложненное состояние отмены алкоголя;
- упорная рвота, препятствующая приему лекарственных средств;
- тахикардия (частота пульса более 100 уд./мин);
- АД 180/100 мм рт. ст.;
- повышенная температура тела;
- выраженное беспокойство;
- суицидальные тенденции;
- беременность;
- острое соматическое заболевание;
- хроническое соматическое заболевание при его декомпенсации;
- признаки энцефалопатии Гайя–Венике — атаксия, нистагм, офтальмоплегия, спутанность;
- сопутствующие психические расстройства, затрудняющие амбулаторное лечение;
- тяжело протекающие состояния отмены в анамнезе;
- в анамнезе: безуспешные попытки амбулаторного лечения, делирии, судорожные припадки, травмы головы с потерей сознания;
- отсутствие родственников, которые могут участвовать в уходе за пациентом.

Фармакологическое лечение состоит из нескольких компонентов.

Лекарственные средства из группы бензодиазепинов являются основными при лечении состояния отмены алкоголя.

Длительно действующие средства из группы бензодиазепинов (диазепам, клоназепам) более эффективны в предупреждении развития судорог. Недостатком данных средств является возможность кумуляции и избыточный седативный эффект, риск спутанности и падений у пожилых.

Бензодиазепины с коротким периодом полувыведения (Оксазепам, Лоразепам) необходимо предпочесть, если у пациента имеются тяжелые заболевания печени.

У пациентов с алкогольной зависимостью повышена толерантность к действию лекарственных средств из группы бензодиазепинов, поэтому для достижения эффекта требуются более высокие дозировки данных средств, чем другим категориям пациентов. Следует учитывать, что пациенты с тяжелым состоянием отмены могут требовать назначения бензодиазепинов в течение 10 дней и в более высоких дозировках. У некоторых пациентов даже при неосложненном состоянии отмены алкоголя для достижения терапевтического эффекта требуются значительно большие дозы (до 100 мг диазепама в сутки). Недостатком средств из группы бензодиазепинов является риск развития зависимости от них при длительном применении. После лечения состояния отмены рекомендуется немедленно прекратить лечение бензодиазепинами, а пациентов предупредить о недопустимости самолечения.

Профилактика развития судорожных состояний и делирия — Топирол (топирамат) 50–150 мг/сут, Оксетол (окскарбазепин) 300–900 мг/сут, бензодиазепины. Продолжительность курса и дозировка определяется врачом индивидуально. Терапия бензодиазепинами менее предпочтительна, т. к. присутствует высокий риск развития зависимости.

Купирование вегетативной симптоматики — клонидин.

Профилактика развития энцефалопатии Гайе–Вернике и амнестического (Корсаковского) синдрома — тиамин и витамины группы В.

Всем пациентам, которые обращаются по поводу синдрома отмены алкоголя, назначается тиамин. В течение 3 дней его назначают внутримышечно по 100–300 мг/сут, затем продолжают его применение перорально сроком до 1 недели.

Для купирования вегетативной симптоматики состояния отмены (потливость, артериальная гипертензия, тахикардия, тремор) назначают клонидин. Он обладает некоторым седативным эффектом, который усиливается в сочетании с антипсихотиками и бензодиазепинами. Лекарственное средство назначается внутрь в дозировке 75–150 мкг 3 раза в день, затем дозу постепенно понижают. При наличии стойкой тахикардии назначаются бета-адреноблокаторы (пропранолол в дозировке 40–80 мг/сут или атено-

лол — 50–100 мг/сут). Ни бета-адреноблокаторы, ни клонидин не предупреждают развития судорог и делирия, поэтому их рекомендуется назначать в комбинации с бензодиазепинами или Топиролом либо Оксетолом.

При амбулаторном лечении необходимо предупредить пациента и его родственников о недопустимости сочетания лекарственного средства с алкоголем из-за взаимного усиления токсических эффектов.

При наиболее выраженных состояниях отмены алкоголя рекомендуется парентеральное применение бензодиазепинов.

Одним из наиболее актуальных симптомов, свидетельствующих об утяжелении состоянии отмены, является нарушение сна. Для терапии бессонницы рекомендуется применение снотворных и седативных лекарственных средств (бензодиазепины, Кутипин (кветиапин) в дозе 200–300 мг/сут).

Оксетол (окскарбазепин) является новым поколением карбамазепина и эффективен в отношении всех симптомов при состоянии отмены алкоголя. Может быть средством выбора при лечении состояния отмены легкого и среднетяжелого течения. Отсутствие взаимодействия с этанолом позволяет применять его даже при наличии алкоголя в крови. Рекомендуется применять в первые 2 дня 300–600 мг/сут, 3-й и 4-й дни — 450 мг/сут, 5-й и 6-й дни — 300 мг/сут и на 7-й день — 150 мг/сут. Монотерапия окскарбазепином менее эффективна при тяжелом состоянии отмены алкоголя, чем в комбинации с бензодиазепинами. При комбинации данных лекарственных средств обычно достаточно назначения Оксетола в дозировке до 300–450 мг/сут. Также его применение показано при поддерживающей терапии зависимости от алкоголя.

Инфузионная терапия состояния отмены алкоголя показана лишь при упорной рвоте, выраженном обезвоживании; рекомендуется введение до 3,5 л/сут со следующим составом: 0,9%-ный раствор гидрохлорида натрия, полиионные растворы (дисоль, трисоль, раствор Рингера) — до 1,5 л.

В остальных случаях инфузионная терапия нецелесообразна — достаточно оральной регидратации (обильное питье питьевой или минеральной воды в объеме до 3 л/сут). Для синдрома отмены алкоголя более характерна гипергидратация, так что инфузионная терапия может лишь усугубить симптоматику, вызвав отек головного мозга (типичная находка на аутопсии).

При состоянии отмены алкоголя не следует назначать мочегонные средства, коллоидные растворы (полиглюкин, реополиглюкин), раствор глюкозы, ноотропы со стимулирующим эффектом (например, пирацетам), антипсихотические средства из группы фенотиазинов (хлорпромазин, трифлуоперазин).

После устранения симптомов состояния отмены алкоголя рекомендуется проведение мотивирующей беседы, при наличии группы самопомощи можно рекомендовать ее посещение.

В последнее время при купировании СОА доказана хорошая эффективность немедикаментозных методов, применяемых в комплексном лечении с лекарственными средствами. Один из методов — метод гипербарической оксигенации (ГБО).

Гипоксия имеет прямую зависимость от давности и тяжести заболевания и достигает наибольшей выраженности в периоды острой интоксикации, СОА и психоза. Эти данные могут являться предпосылкой для применения оксигенотерапии в комплексном лечении алкогольной зависимости.

ГБО — метод лечения кислородом при повышенном давлении, а *баросеанс* — это медицинская процедура, проводимая пациенту в барокамере.

Использование метода в клинических целях основано на растворении кислорода в жидких средах организма (плазме, лимфе, ликворе).

Основной механизм ГБО — образование активных форм кислорода (АФК) в клетках, участвующих в последующих метаболических процессах. При проведении ГБО пациент вдыхает 100 % O_2 при повышенном давлении. Давление при проведении процедуры ГБО составляет обычно от 2 до 3 атмосфер, являясь суммой атмосферного и дополнительного гидростатического давлений. Повышенное гидростатическое давление увеличивает парциальное давление газов и уменьшает объем заполненных газом полостей, что следует из закона Бойля.

Считается, что вдыхание кислорода при давлении, превышающем 1 атмосферу, вызывает повышение образования АФК, что является основой для терапевтических механизмов. При давлении кислорода в 3 атмосферы практически возможна полноценная оксигенация организма без участия эритроцитов. Применение сочетанной терапии (медикаментозной + ГБО) при СОА позволит сократить время лечения, а также избежать осложнений.

Механизм лечебного патогенетически обоснованного действия кислорода объясняется усилением метаболизма этанола и его производных, в частности, ацетальдегида. В этом проявляется один из детоксикационных механизмов немедикаментозного метода лечения.

Кислород стимулирует активность ЦНС, иммуногенез, улучшает состояние сердечно-сосудистой системы, оказывает ваготропное действие, улучшает белковый и липидный обмен. Также кислород потенцирует действие психотропных и антигистаминных препаратов, снижает резистентность организма к инсулину и другим лекарственным средствам. Это позволяет в ряде случаев значительно уменьшить дозировку средства, а нередко проводить безмедикаментозную терапию.

Существуют риски оксидантного стресса при использовании ГБО, связанные с клеточной локализацией образующихся активных форм кислорода и их концентрацией. У пациентов с явлениями ишемии головного мозга и почек может происходить ухудшение состояния.

Еще одним из перспективных методов с использованием кислорода является метод нормоксической лечебной компрессии (НЛК). В основе метода НЛК лежит уникальная возможность с помощью небольшого повышения внешнего давления восстановить нарушенную микроциркуляцию крови в мозге и почках — органах, в которых нарушение выработки АТФ приводит к развитию хронической кислородной недостаточности организма.

Метод НЛК применяется в портативных барокамерах в клинических и поликлинических условиях. Сеансы проводятся при использовании воздуха или его смеси с кислородом (не более 30 % O₂), при давлении до 1,15 АТА (2 PSI), длительность сеанса 25–30 мин.

Сущность метода НЛК состоит в том, что при повышении избыточного давления в вышеуказанном диапазоне (в оптимальных условиях для усвоения организмом кислорода) возобновляется саморегуляция микроциркуляции крови в мозге и почках. Нормализация выработки биологической энергии (молекул АТФ) в митохондриях приводит к нормализации многих биохимических процессов в организме.

По мнению авторов метода основными преимуществами НЛК перед ранее используемыми режимами баротерапии являются: предсказуемость клинического эффекта, высокий лечебный эффект, длительное последствие и безопасность в отношении оксидантного стресса.

Лечебный эффект НЛК обусловлен восстановлением всей цепочки транспорта O₂ (нормализация внешнего дыхания, кислородсвязывающих свойств гемоглобина и восстановления мозговой микроциркуляции).

В основе стойкого лечебного последствия НЛК лежит нормализация процессов свободнорадикального окисления, не только перекисного окисления липидов (ПОЛ), но и антиокислительной активности плазмы крови (АОА) и содержания СО₂ в эритроцитах, что не наблюдается ни при каком-либо другом кислородном воздействии.

Особенности лечебного действия НЛК способствуют повышению эффективности и снижению лечебной дозы и токсического эффекта многих лекарственных средств. Это обусловлено улучшением доставки лекарственного средства в зону ишемии; восстановлением клеточных рецепторов, обеспечивающих чувствительность клетки к воздействиям и защиту от повреждения, ускорением обмена и выведения токсинов.

Немаловажное значение имеет и то, что данный метод практически не имеет противопоказаний. Исключениями являются клаустрофобия, гипертонический криз и диабетическая кома.

Применение НЛК позволяет нормализовать наиболее тяжелые проявления СОА: избыточное образование ацетальдегида, активирующего процессы перекисного окисления липидов и выработку дофамина; ряд клинических вегетативных проявлений, липидный и углеводный обмена.

F10.31 Состояние отмены алкоголя с судорогами

При генерализованных судорожных припадках в состоянии отмены алкоголя проведение ЭЭГ и МРТ головного мозга не показано.

ЭЭГ и МРТ головного мозга назначают в следующих случаях:

- парциальные эпилептические припадки;
- наличие в анамнезе черепно-мозговой травмы;
- неврологическая симптоматика, выходящая за рамки состояния отмены алкоголя (нарушения моторики, чувствительности и др.);
- судорожные припадки, которые возникли более чем через 3 сут после отмены алкоголя.

Лечение. Терапией выбора при развитии судорог является парентеральное введение лекарственных средств из группы бензодиазепинов (диазепам в дозировке до 40 мг). При состоянии отмены алкоголя с делирием и судорогами рекомендуют сочетание бензодиазепинов и галоперидола.

F10.4 Состояние отмены алкоголя с делирием

Диагностические критерии:

1. Состояние соответствует общим критериям синдрома отмены F1x.3.
2. Имеются общие признаки для делирия, определенные для каждого ПАВ.

Клиника. Состояние известно также как *белая горячка* (delirium tremens). Это наиболее тяжелое осложнение синдрома отмены, развивается в пределах 2–3 дней после прекращения приема или снижения доз, чаще в возрасте 30–40 лет после 5–15 лет употребления значительных доз алкоголя. Развивается примерно у 5 % находящихся в стационаре алкоголиков, нередко являясь первым признаком не диагностированного ранее алкоголизма. Возникновению способствует дипсоманический стереотип алкоголизации и сопутствующая соматическая патология.

К общим для делирия признакам присоединяются вегетативные нарушения (тахикардия, потливость, гипертензия), субфебрилитет, бледность кожных покровов лица из-за спазма периферических сосудов, нарушения восприятия в бодрствующем состоянии (чаще зрительные и осязательные галлюцинации в форме насекомых, мелких животных — зоопсии) и рудиментарные бредовые идеи, определяющие поведение пациента, часто опасное для себя и других. Нередки большие судорожные припадки, обычно предвещающие начало делирия у трети пациентов с судорожным синдромом, по всей вероятности, вследствие недостаточности пиридоксина (витамина В₆). Повышается давление ликвора и уровень глобулина в нем. В половине случаев отмечается транзиторная альбуминурия.

От делириев неалкогольного генеза синдром отличается более грубыми нарушениями сознания и поведения, более глубокой амнезией эпизода на выходе из него и рудиментарностью сопутствующего бредаобразования.

При отсутствии осложнений летальный исход относительно редок (3–4 %). Наличие слуховых галлюцинаций — прогностический признак более затяжного течения. При отсутствии выздоровления состояние в 15 % случаев прогрессирует в формирование синдрома Корсакова. При отсутствии лечения сопутствующей соматической патологии (пневмония, жировая эмболия, почечная, печеночная или сердечная недостаточность) делирий может завершиться летальным исходом в 20 % случаев.

Лечение. Перед проведением лечебных процедур необходимо провести тщательное исследование соматоневрологического статуса и исключить употребление других ПАВ.

Во всех случаях состояния отмены алкоголя с делирием показана госпитализация пациента в наркологическое (психиатрическое) отделение. При утяжелении состояния, появлении соматоневрологических осложнений рекомендуется перевод в отделение интенсивной терапии (реанимации) или отделение неотложной наркологической помощи.

Основным средством лечения являются средства из группы бензодиазепинов, которые назначают в первые дни внутримышечно или внутривенно, а после купирования острого возбуждения — перорально. Противосудорожные лекарственные средства при уже развившемся у пациента состоянии отмены алкоголя с делирием неэффективны.

Тяжесть алкогольного делирия коррелирует с уровнем дофамина в крови и головном мозге. Поэтому в дополнение к лекарственным средствам из группы бензодиазепинов назначают антипсихотические средства, например, галоперидол в дозе 0,5–2 мг перорально или внутримышечно. Обычно достаточно суточной дозы до 10 мг, в отдельных случаях возможно применение и больших доз (до 30–40 мг/сут). Недостатком галоперидола является риск развития острых экстрапирамидных гиперкинезов, которые необходимо купировать введением диазепам или антихолинэргическими препаратами центрального действия (Тригексифенидил).

В этих случаях, кроме Галоперидола, для лечения состояния отмены алкоголя с делирием могут быть назначены другие антипсихотические средства — Кветипин (кветиапин) в дозе 200–300 мг/сут, за исключением антипсихотических средств из группы фенотиазин (хлорпромазина, трифлуоперазина), т. к. они увеличивают вероятность развития соматических и неврологических осложнений. Применение кветиапина более безопасно и показано, в первую очередь, пациентам с нарушениями сна (инсомнией), в суточной дозе 25–300 мг.

Для купирования вегетативных нарушений назначается клонидин перорально в дозировке 75–150 мкг 3 раза/день, затем дозу постепенно понижают.

Всем пациентам в обязательном порядке назначается тиамин в течение 3 дней внутримышечно по 100–300 мг/сут, затем не менее недели per os.

Инфузионную терапию 0,9%-ным раствором натрия хлорида или полиионными растворами (дисоль, трисоль, раствор Рингера) назначают с целью регидратации в тех случаях, если пациент не принимает жидкость внутрь вследствие рвоты или тяжелого состояния: до 3,5 л/сут из них или полиионные растворы (дисоль, трисоль, раствор Рингера) — до 1,5 л. В остальных случаях рекомендуется оральная регидратация: обильное питье питьевой или минеральной воды в объеме до 3 л/сут.

Нежелательно:

- внутривенное введение транквилизаторов из-за высокого риска остановки дыхания (если иного выхода нет, то применять только при наличии возможности проведения ИВЛ);

- сочетание транквилизаторов и барбитуратов (кумулятивный эффект);

- назначение транквилизаторов при тяжелых соматических заболеваниях;

- одномоментное введение высоких доз бензодиазепинов из-за риска развития глубокого выключения сознания;

- после применения транквилизаторов оставлять пациента без последующего наблюдения, даже если психомоторное возбуждение купировано;

- сочетание бета-блокаторов и клонидина (риск развития аритмии);

- применение форсированного диуреза из-за риска развития судорог и делирия;

- применение больших доз петлевых диуретиков (фуросемид) — мало влияют на развитие отека мозга, но выводят электролиты;

- введение раствора глюкозы из-за риска быстрого формирования энцефалопатии Гайе–Вернике;

- экстракорпоральная детоксикация — риск осложнений и нет преимуществ перед обычной терапией;

- применение гемодеза — риск развития судорог и делирия;

- применение Димедрола, Фенибута — они могут значительно утяжелить течение делирия и замедлить выход из него.

Признаки утяжеления течения делирия: обеднение галлюцинаторной симптоматики без прояснения сознания («спутанность»); переход в мусситирующий и профессиональный делирий; нарастание оглушения; психомоторное возбуждение утихает и ограничивается пределами кровати; появление фебрильной лихорадки; дестабилизация гемодинамических показателей; появление грубой атаксии, тяжелого тремора туловища и конечностей; появление очаговых неврологических симптомов — в первую очередь, межъядерной офтальмоплегии; появление судорожных припадков.

Ф10.5 ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Диагностические критерии:

1. Появление психотических симптомов во время приема вещества или в пределах 2 недель после употребления.
2. Длительность психотических симптомов превышает 48 ч.
3. Общая длительность расстройства не превышает 6 мес.

Алкогольные галлюцинозы — вторая по частоте группа алкогольных психозов после делирия. Они представляют собой психоз с преобладанием слуховых, вербальных галлюцинаций, галлюцинаторного бреда и аффективных расстройств, преимущественно в форме тревоги. Проявления алкогольного галлюциноза (чаще слухового) обычно начинаются в пределах 48 ч после прекращения алкоголизации и сохраняются после окончания синдрома отмены. Содержание «голосов», как правило, неприятно для пациента, вызывает реакции страха, тревоги, иногда определяет собой поведение и делает его опасным. Обычно это критический, угрожающий или оскорбительный комментарий, где пациент упоминается в третьем лице. Слуховые обманы могут принимать характер элементарных звуков (например, звонки). Расстройство возникает относительно редко, чаще встречается у мужчин; синдром появляется в любом возрасте, но на фоне уже сформированной зависимости от алкоголя. Длительность его разнообразна — от нескольких недель до нескольких месяцев.

Психотические расстройства могут принимать характер паранойяльных симптомов или систематизированных бредовых, наиболее известным из которых является алкогольный бред ревности. Диагностику последнего может осложнять наличие реальных обоснований ревности вследствие имеющегося иногда снижения сексуальной функции и утраты интереса пациента к делам семьи.

От шизофрении и аффективных расстройств эти состояния отличаются данными анамнеза, временная связь с отменой алкоголя, относительная кратковременность течения, характерное содержание «голосов». От алкогольного делирия синдром отличается сохранностью сознания, предпочтительным появлением галлюцинаций не в ночное время.

Лечение включает, прежде всего, мероприятия, проводимые при синдроме отмены. При отсутствии эффекта могут использоваться небольшие дозы высокопотентных нейролептиков с прекращением их приема после устранения симптомов.

Требуется неотложная госпитализация пациента в наркологическое или психиатрическое отделение, а при их отсутствии — в отделение реанимации.

Применяют сочетание антипсихотических лекарственных средств и средств из группы бензодиазепинов. Для лечения психотических рас-

стройств, вызванных употреблением алкоголя, назначают Кутипин (кветиапин — 200–300 мг/сут). При наличии психомоторного возбуждения, агрессии предпочтительно применение галоперидола или зуклопентиксола в виде внутримышечных инъекций.

Средства из группы бензодиазепинов применяют в течение 2–3 недель. Если в течение 3 недель психотические симптомы сохраняются, то прекращается прием средств из группы бензодиазепинов и показана монотерапия антипсихотическими лекарственными средствами.

Для терапии бессонницы при психотическом расстройстве могут применяться снотворные лекарственные средства (Зопиклон, Соннат). Однако необходимо помнить о высоком риске развития зависимости у данной категории пациентов. Для терапии инсомнии при психотическом расстройстве более безопасно назначение Кутипина (кветиапина) в дозе 25–300 мг однократно на ночь, доза подбирается индивидуально.

При хроническом течении заболевания у пациентов может отсутствовать критика к своему состоянию и мотивация к приему лекарственных средств. В этом случае для соблюдения схемы приема лекарственных средств рекомендуется применение пролонгированных форм антипсихотических лекарственных средств (флуфеназин деканоат, галоперидол деканоат, рисперидон пролонгированного действия, флупентиксол деканоат, зуклопентиксол деканоат и др.) в тех же дозировках, что рекомендуются при лечении шизофрении.

F10.6 АЛКОГОЛЬНЫЙ АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Диагностические критерии:

1. Нарушения как кратковременной, так и долговременной памяти.
2. Отсутствие:
 - нарушения непосредственного запоминания;
 - помрачения сознания, нарушения сосредоточения;
 - общего интеллектуального снижения (деменции).
3. Отсутствие данных о мозговой патологии, которая независимо от приема вещества могла бы вызвать нарушения памяти.

Многолетнее злоупотребление алкоголем на фоне делирия, атаксии, нистагма, офтальмоплегии с сопутствующим дефицитом тиамин в 85 % случаев при отсутствии лечения завершается амнестическим синдромом (психозом) Корсакова. Характерной его чертой являются фиксационная амнезия, конфабуляции и псевдореминисценции на фоне ненарушенного сознания с невозможностью перехода кратковременной памяти в долговременную.

Фиксационная амнезия — нарушения памяти, при котором характерно резкое снижение или полная утрата способности сохранять в памяти по-

лученные сведения. Такие люди плохо запоминают совсем недавно произошедшие события, но они хорошо помнят произошедшее до основного заболевания, а также у них хорошо сохраняются профессиональные навыки.

Псевдореминесценции характеризуются замещением утраченных воспоминаний другими, когда события происходили в действительности, однако они были в другом временном промежутке.

Конфабуляция — состояние, когда провалы в памяти замещаются вымышленными событиями. Они являются свидетельством того, что человек теряет способность критически осмысливать ситуацию, оценивать ее.

Амнестическому расстройству могут сопутствовать обычные соматические и неврологические последствия злоупотребления алкоголем. При ежедневном использовании 50–100 мг тиамин возможно достижение разных степеней выздоровления, однако в большинстве случаев синдром Корсакова остается необратимым, несмотря на абстиненцию и продолжающееся введение тиамина. Патоморфологически определяется структурный дефицит ствола и диэнцефальных отделов мозга.

Лечение. Лекарственным средством выбора для лечения алкогольного амнестического синдрома является тиамин, который вводят в течение 7–15 дней внутримышечно в дозе 200–300 мг/сут. Перорально назначают поливитаминные лекарственные средства, содержащие тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, фолаты.

При алкогольной деменции проводят такое же лечение, как и при амнестическом синдроме, но продолжительностью от 3 до 6 месяцев.

Применение лекарственных средств, улучшающих мозговой метаболизм и мозговое кровообращение, возможно при наличии в инструкции по применению данных лекарственных средств указаний на эффективность их применения при алкогольном амнестическом синдроме или деменции, вызванной употреблением алкоголя.

ОСТРАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ГАЙЕ–ВЕРНИКЕ

Начальные проявления психоза определяются симптомами, свойственными тяжело протекающим делириям, особенно мусситирующему. Дальнейшее ухудшение состояния определяется нарастающим оглушением, психическое состояние ухудшается на фоне тяжелого общего соматического и неврологического состояния. Неврологическая симптоматика многообразна и изменчива. Постоянны симптомы орального автоматизма — сосательный и хоботковый рефлекс, хватательный рефлекс, атаксия, нистагм, птоз, двоение в глазах, страбизм, неподвижный взгляд.

Все симптомы поражения нервной системы включают несколько групп расстройств: глазодвигательные нарушения, рефлекс орального автоматизма, гиперкинезы, нарушения мышечного тонуса, атаксия, вегетативные нарушения, признаки пирамидной недостаточности, трофиче-

ские расстройства. Пациенты физически истощены, выглядят старше своих лет. Наблюдаются расстройства терморегуляции — гипертермия, редко гипотермия. Артериальная гипертермия в начале психоза по мере ухудшения состояния переходит в гипотонию с коллаптоидными состояниями. Дыхание частое, 30–40 в мин, нарастает гиповолемия, часто — лейкоцитоз.

В исходе энцефалопатии Гайе–Вернике либо смерть в результате развития у пациента полиорганной недостаточности, обычно в конце второй недели, либо развитие корсаковского психоза, психоорганического или псевдопаралитического синдромов.

При любом варианте и степени тяжести объем лечения и обследования должен быть максимальным. Основные задачи терапии пациентов с алкогольной энцефалопатией — поддержание жизненно важных функций (прежде всего, дыхания, кровообращения, диуреза), выведение токсинов из организма, коррекция нарушенного метаболизма ЦНС.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЬЯНСТВА И СИНДРОМА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Ведущую роль в алкоголизации у подростков имеют психологические механизмы:

- подражание — подросток чаще пьет не ради эйфории и психического комфорта, а ради любопытства;
- повышенное стремление к самостоятельности, самоутверждению;
- реакции оппозиции, эмансипации (девочки чаще пьют тайком, чтобы «никто не знал», или в компании старших подростков);
- бравада, чтобы противопоставить себя окружающим.

Для диагностики алкогольной зависимости у подростков используются критерии МКБ-10, аналогичные, как и для взрослых (представленные выше). Однако, имеют место некоторые специфические особенности клинической картины проявлений алкогольной зависимости в подростковом возрасте.

Синдром психической зависимости. Если взрослый в алкогольном опьянении ценит некоторые изменения многих психофизических функций, то подросток — эйфорию в ее узком смысле веселья, удовольствия, единение с друзьями. Психическая зависимость формируется на этих моментах. Потеря контроля за количеством одномоментно выпиваемых спиртных напитков у подростков появляется очень рано. Количество принимаемых спиртных напитков определяется возможностью, местом в иерархии группы, давлением и другими внешними факторами. Еще более серьезный симптом — утрата ситуационного контроля. В отличие от взрослых, утрату ситуационного контроля у подростков можно рассматривать как возможность оставаться безнаказанным (пьяные подростки на улице, на уроке и т. п.). Косвенными признаками влечения служат систематическое

пьянство и дисфория при воздержании. Прямое выражение влечения — одиночное употребление, но в этом случае нельзя исключить сопутствующее психическое заболевание. Еще одна особенность — психический комфорт в интоксикации. В отличие от взрослых, у подростков комфорт включает внешнюю составляющую (друзья, обстановка, музыка и др.). Влечение и состояние психического комфорта обусловлены внешней средой.

Быстро меняется характер опьянения: вместо обычной эйфории появляются несвойственные ранее грубость, подозрительность, злобность, агрессивность. Почти постоянными становятся выпадения из памяти некоторых эпизодов, даже при сравнительно умеренном опьянении.

Важным критерием начала алкоголизма у подростков служит астенический синдром вследствие алкогольной интоксикации. Он проявляется повышенной раздражительностью, несдержанностью, гневливостью, аффективными реакциями по малейшему поводу. При возбуждении (вне опьянения) молодые люди швыряют вещи, кричат, плачут и ругаются. У них наблюдается повышенная суетливость (все время куда-то спешат), бурная деятельность, повышенная отвлекаемость при этом, быстрая усталость и незавершенность, недовольство собой и окружающими, снижение порога переносимости обычных раздражителей; чувство голода, но стоит начать есть, как аппетит исчезает; быстрое и легкое половое возбуждение, частые поллюции, нарушения сна, утренние ухудшения самочувствия, обидчивость, капризность, ипохондричность.

Астенический синдром держится 3–4 месяца после прекращения пьянства, постинтоксикационная астенция исчезает через 3–4 дня.

При переходе продрома в синдром зависимости видоизменяется и астенический синдром: начинают преобладать вялость, апатия, склонность к внешней заторможенности (эти признаки становятся чертами характера); появляются симптомы органического поражения головного мозга, трудность адаптации к новым условиям.

Настораживающие признаки склонности подростков к формированию алкогольной зависимости:

- высокая переносимость спиртного;
- интерес к алкогольным темам;
- тайное употребление напитков.

Особенности синдрома измененной реактивности (толерантность)

Толерантность определяется долей, которая достается подростку в компании (он никогда не откажется от такого знака признания); зависит от возраста начала потребления (начавшаяся алкоголизация до 13 лет в дальнейшем протекает с невысокой толерантностью и предпочтением напитков средней крепости, если начало потребления произошло в 14–15 лет,

толерантность растет быстро, достигая переносимости взрослого человека за короткое время, принимаются крепкие спиртные напитки. Чем меньше изначальная толерантность, тем быстрее возрастает ее кратность при учащении алкоголизации. Показателем роста толерантности считают смену напитков: менее крепкие заменяются более крепкими без увеличения объема напитков. Плато толерантности наступает быстрее, чем у взрослых (за 1,5–2 года против 10 лет у взрослых); этап падения толерантности у подростков чаще не наблюдается. Переход на злоупотребление другими эйфоризирующими веществами происходит на этапе максимальной толерантности. Злоупотребление летучими наркотическими веществами вызывает падение переносимости алкоголя и прекращения потребления спиртных напитков. Подростки не всегда точно знают дозу, часто намеренно лгут (преувеличивая дозу). Защитные рвотные реакции выражены интенсивно и длятся долго; рвота сохраняется и при максимальной толерантности. У молодых людей рвота появляется не только вскоре после приема чрезмерной дозы, но и через 2–3 часа.

Формы употребления: типична групповая форма, или коллективное пьянство, возникающее еще до развития абстиненции и приводящее к многодневному пьянству (даже с появлением влечения, пьянство подростка остается долго коллективным); истинных запоев у подростков, как правило, не наблюдается; ритм алкоголизации, задаваемый компанией, влияет больше, чем индивидуальная потребность.

Формы опьянения. Характеризуется карикатурными чертами. Они эйфоричны, беспричинно смеются, дурашливы, болтливы, расторможены. Спустя 1,5–2 года эйфорическое действие алкоголя укорачивается и сменяется дисфорическим. Нередко агрессия направлена вовне (групповые драки, хулиганство и др.). Частые сопорозные, коматозные опьянения, наблюдаются на протяжении всего периода подростковой алкоголизации, т. к. подросток в зависимости от обстоятельств может превысить известный ему предел. Характерны атипичные формы опьянения: прием алкоголя сопровождается противоправными поступками, суицидальным, неожиданным, непрогнозируемым поведением, внешне напоминающим импульсивные действия; прием небольших доз алкоголя может вызывать глубокое оглушение, нередко доходящее до сопора.

Синдром физической зависимости: компульсивное влечение проявляется психопатологически (капризы, грубость, злобная привязчивость, драка и др.); дисфория купируется приемом спиртного моментально, в то время как нейролептики снимают ее на 2–3-и сутки; синдром отмены более слабо выражен, чем у взрослых, может длиться 1–2 дня, переходя в астеническое состояние.

Синдром последствий хронической интоксикации. Психопатология подросткового алкоголизма обеднена: заметные нарушения памяти; веге-

тативно-сосудистые кризы; изменения формирования личности по аффективно-неустойчивому или психоорганическому типу появляются у подростков уже на этапе привычного пьянства; алкогольные психозы редки и чаще связаны с дополнительной наркотизацией или эндогенным психозом.

Социальная дезадаптация наступает быстрее, чем у взрослых: подростки быстро теряют интерес к учебе или работе; характерны уходы из дома, прогулы, бродяжничество, совершаются правонарушения; происходит недостаточная социализация — усвоение норм и ценностей социальной жизни, незнание этических норм, отсутствие идеалов, жизненных целей; часто наблюдается воровство, неприязнь к преподавателям, драки с родителями, дерзость, лживость.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Основные подходы к лечению заключаются в дифференцированном применении терапевтических воздействий с учетом клинических, психологических особенностей пациентов, социальных условий их жизнедеятельности и взаимоотношений с лицами, оказывающими им помощь. Сложность реализации дифференцированного подхода заключается в неоднозначности проявлений болезни. Медперсоналу желательно учитывать 4 важных принципа лечения наркозависимостей:

1. Полный отказ от употребления ПАВ (в т. ч. алкоголя).
2. Добровольность (только при соблюдении этого принципа можно рассчитывать на сотрудничество и эффективность).
3. Максимальная индивидуализация: особенности болезни (тяжесть, формы употребления, прогрессивность, соматические, социальные последствия, клинические особенности); особенности личности; анализ микросоциального окружения; условия оказания помощи и тактика терапевтических мероприятий: формы, методы, средства лечения.
4. Комплексность, что обусловлено разнообразием и совокупностью патогенетических факторов.

Мишени врачебного воздействия: снять остроту зависимости; купировать биологические нарушения, связанные с употреблением алкоголя и его токсическими эффектами; нормализовать психическое состояние. Пациенты, лишенные ПАВ, испытывают бессилие, незащищенность, депрессию, тревогу. Далее необходимо скорректировать способы поведения, которые были свойственны пациентам до болезни; преодоление анозогнозии предполагает формирование новых защитных способов поведения; помощь в перестройке взаимоотношений с другими людьми; формирование альтернативы употреблению ПАВ и достижение новых значимых жизненных целей.

ТИПЫ, МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ

Типы лечения:

- с биологически ориентированным воздействием;
- с психотерапевтически ориентированным воздействием;
- социально ориентированным воздействием.

Типы лечения с биологически ориентированным воздействием

Патогенетически обоснованная фармакотерапия включает:

- купирование острой интоксикации и синдрома отмены;
- терапию соматических нарушений (симптоматическая фармакотерапия с учетом соматического статуса);
- воздействие на мотивационно-эмоциональные сдвиги, лежащие в основе стремления к повторному приему ПАВ и рецидиву (применяются лекарственные средства в зависимости от имеющих места коморбидных эмоциональных расстройств).

Дифференцированное применение психотропов представлено на всех этапах реабилитации.

Учитывая структуру депрессивных состояний при зависимостях от ПАВ, наиболее часто применяют антидепрессанты СИОЗС с седативным эффектом — Флувоксин (флувоксамин). Для подростков важно назначение антидепрессантов, снижающих суицидальную настроенность и не вызывающих сексуальных дисфункций.

Наиболее важная задача — разрушение порочного круга «интоксикация – синдром отмены с патологическим влечением к алкоголю – повторная интоксикация». Реализуется фармакологически: с помощью веществ-агонистов ПАВ (налоксон, налтрексон) происходит блокирование эмоционально-позитивного эффекта, а также используется коррекция нейромедиаторных изменений, вызванных наркотической интоксикацией и связанных с патологическим влечением (Оксетол, Топирол, сульпирид, бромкриптин, холецистокинин (ранее — панкреозимин), глицин).

Фармакотерапия на этом этапе также включает в себя церебро-, ангио- и гепатопротекторные средства, корректоры поведения и тимолептические препараты. В качестве нормотимиков предпочтительнее выглядят Топирол (топирамат в дозе 50–150 мг/сут), Оксетол (окскарбазепин 300–450 мг/сут), которые применяются для купирования синдрома отмены и при дисфориях с чертами навязчивости.

Более специфическими лекарственными средствами для лечения алкогольной зависимости являются препараты, имеющие 4 главных положительных эффекта:

- снижения риска рецидивов (акампросат);
- аверсивное действие (дисульфирам, Эспераль, Тетурам);

- лечение коморбидных психических расстройств (антидепрессанты, нейролептики);
- заместительная терапия (налоксон, налтрексон, налмефен, бупренорфин).

В большинстве стран при лечении алкогольной зависимости наиболее активно используются следующие лекарственные агенты: дисульфирам, налтрексон, налоксон, бупренорфин и акампросат. У одних пациентов последствия приема этих лекарственных средств умеренные или хорошие, другие не реагируют на них.

Акампросат замедляет нейротрансмиссию благодаря своему структурному сходству с эндогенными нейромедиаторами ГАМК, защищает нейроны от воздействия токсинов этилового спирта. Лекарственное средство применяют для вывода из запоя, детоксикации и снижения риска рецидивов алкогольной зависимости. Однократные дозы акампросата перорально приводили к его более высоким плазменным уровням в организме человека, чем длительное применение. Данные подтверждают невысокую эффективность данного средства при лечении алкогольной зависимости.

Дисульфирам признается как один из наиболее специфических лекарственных средств для лечения АЗ. Он является ингибитором *альдегиддегидрогеназы* — энзима, превращающего уксусный альдегид (главный метаболит этилового спирта) в уксусную кислоту. В случае употребления этилового спирта во время применения дисульфирама происходит повышение концентрации уксусного альдегида в организме и возникают симптомы отравления. Сенсибилизирующую терапию дисульфирамом целесообразно осуществлять под наблюдением со стороны родственников, близких или медперсонала.

Дисульфирам используют как дополнительное средство лечения алкоголизма. Лекарственное средство обладает способностью производить аверсивный эффект при приеме алкогольных напитков (в т. ч. пива и слабоалкогольных напитков), но не уменьшает влечение к алкоголю. В сочетании с алкоголем дисульфирам вызывает реакцию непереносимости, которая в легких случаях проявляется небольшим недомоганием, в тяжелых — чувством жара, головной болью, одышкой, тошнотой, рвотой, потливостью, болью в груди, сердцебиением, артериальной гипотонией, обмороком, головокружением, спутанностью сознания и нечеткостью зрения. В особенно тяжелых случаях возможны острая сердечная недостаточность, судороги, кома, остановка дыхания и смерть. Суточная доза лекарственного средства составляет 0,5 г.

Перед назначением дисульфирама пациенту объясняют цели терапии. Врач должен быть уверен, что пациент не будет употреблять спиртное в течение 12 ч перед приемом дисульфирама. Во время лечения этим лекарственным средством нельзя употреблять внутрь и наружно любые ве-

щества, которые содержат этиловый спирт. Если же вышеописанная реакция непереносимости развилась, то основная цель терапии — поддержание артериального давления и борьба с сердечной недостаточностью. С этой целью вводится 1 г аскорбиновой кислоты внутривенно, что блокирует превращение этанола в ацетальдегид, способствуя выведению неизмененного этанола; применяются антигистаминные лекарственные средства.

Дисульфирам изменяет метаболизм многих лекарственных средств. Его назначение противопоказано пациентам, кормящим грудью, не достигших 18 лет, а также с полинейропатией, циррозом печени, психотическими расстройствами, беременностью, суицидальными наклонностями, депрессией. Дисульфирам не противопоказан при приеме наркотических средств и психотропных веществ.

Среди исследований по налтрексону показаны положительные эффекты по снижению первичного патологического влечения к алкоголю, а более устойчивые положительные эффекты — только при комплексном лечении с психотерапией. Лекарственное средство эффективно при краткосрочном лечении. Налтрексон уменьшает влечение к алкоголю и выраженность эйфории при алкогольном опьянении, тем самым снижая частоту рецидивов при алкогольной зависимости. Налтрексон не является средством аверсивной терапии и не вызывает дисульфирамоподобную негативную реакцию при употреблении опиоидов или алкоголя.

Налтрексон может назначаться в виде инъекций пролонгированного действия для внутримышечного введения. Раствор для инъекции получают путем растворения суспензии, содержащей 380 мг налтрексона, в 4 мл растворителя и вводят 1 раз в 4 недели или 1 раз в месяц. **Это лекарственное средство нельзя вводить внутривенно!** При одновременно существующем синдроме зависимости от опиоидов налтрексон может быть назначен не ранее чем через 7 дней после последнего приема опиоидов и при отсутствии признаков состояния отмены. Длительность лечения средством составляет не менее 6 месяцев. При хорошем эффекте налтрексона лечение рекомендуется продолжать неопределенно долго. Противопоказаниями к приему налтрексона являются острый гепатит и хронические гепатиты с повышением уровня АлАТ или АсАТ более чем в 3 раза.

Налтрексон противопоказан при сопутствующем состоянии отмены опиоидов, а также при беременности и в детском возрасте.

Имеются данные о применении антидепрессантов при лечении алкогольной зависимости с наличием коморбидных депрессивных расстройств. Аффективные и аддиктивные нарушения имеют единые биологические механизмы и рассматриваться как результат снижения выработки церебральных моноаминов, поэтому на поддерживающих этапах реабилитационного цикла необходима поддерживающая фармакотерапия лекарственными средствами из группы СИОЗС (Алевал (сертралин), Флувоксин

(флувоксамин)) для нормализации обмена серотонина и «малые» нейрорептики (Кутипин (кветиапин)) для восстановления обмена дофамина.

Противосудорожные лекарственные средства с нормотимическим эффектом (топирамат, окскарбазепин, габапентин, прегабалин) и антидепрессанты уменьшают влечение к алкоголю, снижая частоту рецидивов при АЗ.

Не все инструкции по применению данных лекарственных средств содержат указания на возможность их применения при синдроме зависимости от алкоголя, однако врач, когда ожидаемая польза превышает риск, может принять решение об их назначении при получении согласия пациента.

Лечение Топиролом (топирамат) начинают с 25 мг/сут, дозу повышают каждые 2 недели на 25 мг/сут, доводя суточную дозу до 100–400 мг/сут. Продолжительность курса терапии устанавливается индивидуально, но не менее 6 месяцев непрерывного приема.

Лечение Оксетолом (окскарбазепин) начинают со 150 мг/сут, дозу повышают каждые 2 недели на 150 мг/сут, доводя суточную дозу до 300–900 мг/сут. Продолжительность курса терапии устанавливается индивидуально, но не менее 6 месяцев непрерывного приема.

Лечение габапентином начинают с 900 мг/сут, дозу повышают ежедневно на 300 мг/сут, доводя суточную дозу 3600 мг/сут.

Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут, дозу повышают до 300 мг/сут через 3–7 дней и, при необходимости, до максимальной дозы 600 мг/сут еще через 7 дней.

Терапия габапентином и особенно прегабалином имеет чрезвычайно высокий риск развития зависимости к данным лекарственным средствам из-за их эйфоризирующего эффекта при случайной или преднамеренной передозировке. Риск возникновения зависимости увеличивается с ростом дозы и длительности приема. Таким образом, терапия габапентиноидами (прегабалин и габапентин) должна проводиться в стационаре под контролем медицинских работников.

Для справки: в Российской Федерации прегабалин внесен в список сильнодействующих и ядовитых веществ, попадающих под действие статьи 234 УК РФ (Незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ) с декабря 2019 года.

Для амбулаторной терапии предпочтительнее использовать Топирол и Оксетол как более безопасные лекарственные средства. Схемы описаны далее.

Эффективность терапии топираматом и окскарбазепином сопоставима с терапией габапентиноидами, при этом отсутствует риск развития зависимости при длительном приеме.

Антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина применяют в следующих дозировках: Флувоксин

(флувоксамин) 50–100 мг/сут, Алевал (сертралин) 50–100 мг/сут, Флуоксетин (20–60 мг/сут), Клофранил (кломипрамин) 25–50 мг/сут в течение 6 месяцев и более.

Психотерапевтический контакт позволяет закрепить коррекцию психического состояния, глубже понять клинико-психологические особенности, выявить серьезные психические нарушения, требующие специальной терапии. Иногда психиатры годами лечат психические заболевания у пациентов с алкогольной зависимостью, не интересуясь их основным заболеванием, а наркологи игнорируют психические нарушения у своих пациентов. Такое профессиональное разделение снижает эффективность терапии у субъектов с латентно протекающими эмоциональными нарушениями.

Диетическое питание. Низкогликемическая диета препятствует перепадам настроения, которые связаны с колебаниями уровня сахара в крови, позволяя поддерживать состояние удовлетворенности.

Употребление богатой углеводами пищи вызывает усиленный выброс инсулина из депо. Под воздействием инсулина мышечная ткань начинает активно адсорбировать из плазмы крови нейтральные аминокислоты (лейцин, изолейцин, валин, тирозин, фенилаланин), кроме триптофана (предшественника серотонина), в связи с этим отмечается относительное повышение его уровня в плазме крови. С повышением уровня триптофана увеличивается уровень серотонина в головном мозге, что вызывает приятные переживания. Этот механизм лежит в основе пристрастия к сладкому.

Методы с психотерапевтически ориентированным воздействием

Психотерапевтические методы и средства:

- методы симптоматические (манипулятивной стратегии);
- методы, развивающие личность;
- синтетические методы.

Методы симптоматические (манипулятивной стратегии). Цель — изменение поведения. Такие методы адресованы к патологическим процессам. Пациент является объектом воздействия. Терапия непродолжительная. Результат достигается быстро, но он не всегда устойчив.

Главными мишенями **психотерапевтического воздействия** являются психологическая зависимость от алкоголя (влечение) и коррекция личности на различных уровнях психической деятельности:

- *на когнитивном* — преодоление анозогнозии;
- *на уровне самосознания* — влияние на самооценку самоуважение;
- *на эмоциональном* — комплексное лечение аффективных нарушений;
- *на уровне поведения* — изменение образа жизни и воздействие на среду;
- *на мотивационном* — создание и укрепление мотивов, альтернативных по отношению к патологическому влечению к алкоголю.

Индивидуальная психотерапия предполагает использование различных тактических приемов. Их выбор определяется особенностями клинической картины и личности пациентов, опытом терапевта, структурой взаимоотношений «терапевт – пациент».

Из *индивидуальных* методик психотерапии лечения алкогольной зависимости могут применяться:

- методы суггестивной и гипносуггестивной терапии;
- косвенная или опосредованная, эмоционально-стрессовая психотерапия, плацебо-психотерапия;
- аутогенная тренировка;
- недирективные методы: НЛП, психоанализ (особенно в тех случаях, где злоупотребление алкоголем связано с патологией личности);
- методики поведенческой и когнитивно-эмотивной психотерапии;
- сказкотерапия;
- медитативные техники;
- метод суггестивного воздействия в форме эмоционально-стрессовой психотерапии (различные виды и формы так называемого «кодирования»);
- гештальт-терапия (возможен групповой вариант).

Групповые методы: терапевтические группы и семейная психотерапия; группы личностного роста; телесно-ориентированная психотерапия.

Основные проблемы, которые решаются с помощью этих методик:

- преодоление анозогнозии;
- формирование установок;
- повышение самооценки;
- повышение уверенности в своих силах;
- разрушение нежелательных стереотипов поведения, личностный рост.

При психотерапевтическом лечении желательно соблюдать этапность и преемственность в применении методов. На первом этапе желательно применять методы, помогающие преодолеть анозогнозию и сформировать мотивацию на лечение, обеспечить прекращение употребления алкоголя (чаще это индивидуальная работа). На втором — применение методик, обеспечивающих поддержание, нормализацию психического и соматического функционирования (индивидуальная и групповая работа). На третьем — реконструктивные методы личностного переформирования (чаще групповая работа). Выделение этапов весьма условно, более важным является соблюдение преемственности. Нежелательным — ограничение в рамках одного этапа.

Когнитивная психотерапия. Лица с алкогольной зависимостью отличаются анозогнозией (отрицанием болезни). Они частично признают свои нарушения поведения и употребление, но считают, что «так все делают» и «могут сами все исправить».

Выделяются несколько ключевых моментов:

1. Выслушивание пациентов, что позволяет понять внутреннюю картину болезни и иррациональные суждения по поводу болезни.

2. Представление психотерапевта. Он готов оказать помощь и представить пациенту концепции алкогольной проблемы.

3. Преодоление анозогнозии и помощь пациенту в осознании истинных мотивов обращения за помощью.

4. Планирование будущего. Врач предполагает, что пациенты реально могут выполнить свои планы, включая не только отдаленные, но и каждодневные цели — режим дня, физкультуру и т. д. Обязательно предполагается обсуждение возможной перспективы решения внутриличностных и межличностных проблем, которые не могут быть разрешены в настоящее время.

Классический гипноз. Внушение производится общепринятым способом (расслабление, сосредоточение на мыслях о сне, формулы успокоения, дремоты, тяжести, тепла). В специальных внушениях обращать внимание на разрушительное действие алкоголя на организм, преждевременное старение, уязвимость к инфекциям, снижение половой функции, семейные отношения. Необходимо поддерживать пациента в уверенности о достаточных ресурсах и возможностях покончить с пьянством. Проводится стимуляция положительных качеств личности. Формируется устойчивость и безразличие к атрибутам алкогольного прошлого. Достигается улучшение физического и психологического функционирования. Полный курс составляет 10–12 сеансов. Маловнушаемы: психастеники, ананкасты, шизоиды.

Эриксоновский гипноз. Из современных методов гипносуггестивной терапии все большей популярностью пользуется подход, предложенный М. Эриксоном (1992 г.), основанный на особой методике введения в транс с помощью терапевтических метафор и специальных приемов, обеспечивающих «присоединение» терапевта к пациенту и обратную связь.

Нейролингвистическое программирование. Одно из направлений прикладной психологии (мета-наука) о человеческом совершенстве. Базировано на применении специальных приемов и стратегий, использовании метафор, обеспечивающих «присоединение» психотерапевта, обратную связь. Использование НЛП обеспечивает доступ к различным модальностям опыта пациента и оказывает противоялкогольное терапевтическое действие из-за внутриличностной конфронтации пациента с той частью, которая ответственна за алкогольное поведение.

Наиболее распространенной и эффективной техникой является **рефрейминг** (reframing, в буквальном переводе с английского языка — «вставка картины в новую рамку»). В основе рефрейминга лежит различие между поведением и намерением. Цель рефрейминга заключается

в «попытке договориться с тайной частью подсознания, отвечающей за девиантный стиль поведения, о возможности прекращения этого нежелательного поведения» и «подстройка к будущему» (созданных новых форм или альтернатив поведения).

Техника «взрыва» навязчивости. Психологическое влечение к алкоголю рассматривают как навязчивое (обсессивное) влечение. Данная техника направлена на осуществление «взрыва» навязчивости путем одноразового мощного усиления доминирующей субмодальности.

Поведенческая психотерапия. Суть метода состоит в использовании принципов условно-рефлекторного обучения, чтобы выработать стойкий отрицательный рефлекс на органолептические или иные свойства алкоголя. Для закрепления отрицательного отношения к алкоголю используют различные стимулы: от психологических до биологических.

Некоторые (наиболее распространенные) техники поведенческой терапии: эмоционально-стрессовая психотерапия; техника вызывания отвращения (предложенная В. М. Бехтеревым); техники наказания; техника десенсибилизации; адаптивного биоуправления; техника «угашения» по О. Брайену; опосредованная психотерапия (аналоги эмоционально-стрессовой).

Самой распространенной методикой является эмоционально-стрессовая психотерапия («кодирование») по А. Р. Довженко (1984 г.). Она состоит из предварительной беседы, рациональных внушений, направленных на формирование мотивации, повышение самооценки, повышение уверенности в своих силах, разрушение нежелательных стереотипов поведения, активизацию резервных возможностей и внутренних ресурсов; выработка тошнотно-рвотного рефлекса на вкус и запах алкоголя.

Основной недостаток этих методик — нестабильность эффекта. Причина — отсутствие личностной динамики, т. е. пациент продолжает пребывать в патологическом личностном статусе.

Психоаналитический метод лечения заключается в попытке объяснить поведение и переживания пациента его прошлым психическим опытом, в первую очередь, в период детства. Влечение к алкоголю психоаналитики объясняют скрытой гомосексуальностью, регрессом к оральной фазе сексуального влечения, вызванным холодным отношением матери, ранним отнятием от груди и т. п. Алкоголь рассматривается в качестве защитного механизма, который позволяет алкоголику избежать невыносимые внутренние душевные переживания (чувства вины, страха, стыда, не отражающиеся, как при неврозах или психосоматозах, с помощью специфических защитных механизмов).

Целью психоанализа по Фрейдю являются восстановление в памяти, «вскрытие» неосознанных, в основном, сексуальных переживаний детского возраста и их эмоциональное отреагирование в беседе с врачом или во сне (катарсис).

Позже один из ближайших учеников З. Фрейда психиатр А. Адлер, отказавшись от пансексуальной концепции своего учителя, полагал, что в основе этиологии алкоголизма лежит конфликт между стремлением к власти и чувством собственной неполноценности. «Комплекс неполноценности» по Адлеру выражается в ощущениях своей беспомощности, немощности, которые могут сочетаться с агрессивностью, враждебностью и, в итоге, проявляться в повышенном влечении к алкоголю.

Аналитическая психотерапия в современном понимании — это лечение путем выявления неосознанных переживаний и влечений. Нельзя отрицать, что у человека могут иметься комплексы неосознанных переживаний, которые могут стать одной из причин его заболевания.

Выявление и ликвидация таких комплексов — задача каузальной (причинной) психотерапии, направленной, прежде всего, на выявление психогенных, но не осознанных пациентом причин, приводящих его к образу жизни, способствующему возникновению зависимости от алкоголя. После выявления неосознанных условий и обстоятельств их разъясняют пациенту. При этом врач должен стремиться, чтобы сам пациент пришел к выводу об их существовании.

Групповая психотерапия. Для групповой психотерапии создаются закрытые психотерапевтические группы. Групповая психотерапия располагает значительными возможностями для преодоления алкогольной анозогнозии, разрешения или ослабления внутриличностных конфликтов и трудностей межличностного взаимодействия. Целесообразно проведение групповой психотерапии в два этапа. На первом этапе проводится работа с отношением к болезни, в центре внимания второго этапа — межличностные и интрапсихические проблемы. Среди применяемых в групповой психотерапии методик можно выделить *свободную дискуссию, проективные рисунки, ролевые игры, психогимнастику*. Основой взаимодействия между членами группы является дискуссия. В группе пациентов ориентируют на полное воздержание от употребления алкоголя, обучают использовать все доступные средства для сохранения психического равновесия. В процессе групповой психотерапии выявляются скрытые конфликты, благодаря чему пациентов обучают конкретным приемам повышения коммуникативных способностей. Идеальное взаимодействие между пациентами предполагает, что они будут сами ставить вопросы и искать ответы на них, обращаясь к истории жизни и истории развития алкоголизма. Необходимо очертить круг тем, требующих обязательного обсуждения, правильно отобрать информацию, используемую в процессе дискуссии, и хорошо представлять пути преодоления сопротивления пациентов сознательной переработке информации, а также находить способы актуализации проблем и стимуляции дискуссии.

Желательно соблюдать преемственность между начальными этапами групповой терапии в стационаре или в амбулаторных условиях и продол-

жением работы группы в последующем. Такой подход является одним из условий успешной реабилитации пациентов с алкоголизмом в соответствии с ее этапами и принципами. Принципы работы в группе:

- 1) неразглашение тайны;
- 2) дозированная откровенность (не все имеющиеся проблемы можно выносить на обсуждение группы).

Противопоказания к групповой психотерапии немногочисленны: явно негативное отношение, выраженные психопатизация, деменция и примитивность личности.

Одним из наиболее распространенных способов групповой психотерапии алкогольной зависимости является терапия, названная «12 шагов» и входящая в структуру международного общественного движения «Анонимные алкоголики (АА)». Отличительной особенностью программы «12 шагов» является то, что она использует нравственный и даже духовный подход и формирование религиозности в качестве одного из терапевтических приемов.

В основу *экзистенциального подхода* в психотерапии алкогольной зависимости положено разрешение базисных экзистенциальных конфликтов личности, связанных с проблемами: осмысленности и бессмысленности существования; жизни и смерти; изоляции от общества и вовлеченности в общение с людьми; свободы, ответственности, воли и несвободы, зависимости и безволия.

Условием терапии становится: принятие пациента таким, какой он есть (т. е. эмпатийность, беспристрастность, отказ от позиции осуждения и даже оценки употребления алкоголя); искренность (истинное желание помочь пациенту осознать свои проблемы, найти способы их решения, а не манипулирования); позитивный взгляд на возможность избавления от алкогольной зависимости.

Процесс терапии включает разрешение одного из перечисленных базисных конфликтов. В игровых условиях происходит моделирование фрустрирующих жизненных ситуаций, освоение адекватных реакций в них, выработка навыков коммуникативной компетентности и толерантности.

Известный еще философам древности «гедонистический парадокс»: «чем сильнее мы стремимся к удовольствию, тем больше оно от нас ускользает». Принципом экзистенциальной психотерапии является утверждение о том, что жизненные смыслы лежат не вне, а внутри человека, что только сама личность способна создавать смыслы. Не менее важны в экзистенциальной психотерапии алкогольной зависимости психотерапевтические стратегии, направленные на формирование следующих убеждений-осознаний: осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо; осознание того, что, в конечном счете, не избежать какой-то части жизненных страданий и смерти; осознание того, что,

какова бы ни была степень нашей близости с другими людьми, все равно мы должны «справляться с жизнью» в одиночку; встреча с базовыми вопросами жизни и смерти, благодаря которой пациент может теперь проживать свою жизнь более честно и меньше вовлекаться в тривиальности; осознание того, что человек несет конечную ответственность за то, как он проживает свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства он получает от других.

Однако экзистенциальная психотерапия является адекватным методом коррекции девиантных форм поведения у субъектов с достаточно хорошим уровнем интеллекта и хотя бы минимальной способностью к рефлексии.

Семейная психотерапия. Цель — коррекция дисфункциональных отношений в семье и ближайшем окружении (чувство вины, зависимость от родственников, конфликтный способ утверждения себя в семье, стремление к доминированию, импульсивность). Семейная психотерапия строится на том, что формирование алкогольной зависимости является семейной проблемой. Семейная психотерапия подразумевает изучение заявленных жалоб, претензий, трудностей, проблем от членов семьи по возникновению данной ситуации и путей ее разрешения; проводится клиническая оценка причин и факторов, способствующих возникновению проблем у членов семьи, проведение психотерапии выявленных нарушений; необходима диагностика психологического климата в семье и соответствующая коррекция для установления оптимальных взаимодействий; происходит формирование саногенных паттернов поведения, коммуникативной компетентности и толерантности.

Социально-ориентированные методы. К ним относят сказкотерапию, психодраму, программы формирования жизненных навыков, социально-психологический тренинг и др.

Сказкотерапия — это процесс поиска смысла, расшифровка знаний о мире и системе взаимоотношений в нем. Эта терапия позволяет образовывать связи между сказочными событиями и поведением в реальной жизни. Иными словами, это процесс переноса сказочных смыслов в реальность.

Психодрама. Я. Морено, основоположник психодрамы, считал причиной расстройств нарушение усвоения ролей, необходимых для функционирования в обществе, и способность дистанцироваться от них, чтобы реализовать свои собственные потребности. Влияя в психодраме на ролевые функции, развивая их, меняя таким образом социальные связи, изменяется и динамика жизни человека во внешней и внутренней сферах.

В психотерапевтической работе при алкогольной зависимости можно выделить следующие особенности:

– недопустимость авторитарной позиции специалиста, оказывающего помощь;

- результат — полный отказ от алкоголя;
- общая предосторожность для психотерапии — опасение снизить ответственность за злоупотребление алкоголем у пациента с зависимостью;
- для повышения эффективности лечения может применяться сочетание различных методов психотерапии.

При лечении пациента с алкогольной зависимостью рекомендуется применение мотивационного интервью, психологического консультирования и коррекции.

Важную роль играют программы психологического просвещения (психообразование), которые могут проводиться в виде групповых обсуждений (дискуссий), ролевых игр, семинарских занятий.

Значимый эффект при зависимости от алкоголя оказывает медицинская реабилитация, включающая психотерапию, психологическую помощь и социальную работу с пациентом после достижения воздержания от употребления алкоголя. Реализуется путем пребывания пациента как в стационарных (в течение 2–6 недель и более), так и в амбулаторных (в течение 4–12 недель и более) реабилитационных отделениях (центрах), длительной (до 6 месяцев) поддерживающей психотерапии в амбулаторных условиях.

Показания для медицинской реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в стационаре:

- неудачные попытки реабилитации в амбулаторных условиях;
- слабая социальная поддержка;
- сопутствующие соматические или психические заболевания;
- стойкое желание пациента проходить медицинскую реабилитацию в стационаре.

Реабилитационные отделения организовываются в структуре отделений дневного пребывания организаций здравоохранения.

Одним из важных немедицинских мероприятий при алкогольной зависимости является посещение групп самопомощи, например, общества «Анонимные алкоголики». Основу программы этого общества составляют так называемые «12 шагов». Посещение встреч групп самопомощи общества «Анонимные алкоголики» можно рекомендовать пациентам после завершения оказания медицинской помощи в стационарных или полустационарных условиях, в сочетании с лечением у нарколога или психотерапевта.

Группы самопомощи не относятся к медицинским манипуляциям и процедурам. Они организовываются самими пациентами и работают исключительно как группы самоподдержки, в основном, для исключения провоцирующего влияния неблагоприятных социальных факторов и алкогольного окружения.

Родным и близким пациента рекомендуется посещение групп самопомощи («Анонимные наркоманы»), участие в терапевтическом сообществе.

ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

Само по себе прекращение употребления алкоголя при алкогольной зависимости еще не означает полное исцеление. К сожалению, недооценивается разрушительный характер общих для всех видов аддиктивного поведения механизмов, в основе которых лежит стремление к уходу от реальности. Эти механизмы не исчезают со снятием зависимости. Избавившись от одной зависимости, человек может оказаться во власти другой, потому что неизменными остаются способы взаимодействия со средой. Аддиктивное поведение — явление довольно распространенное, поэтому уделять внимание важно не только лицам с тяжелыми формами этого явления, но и тем, чей уход от реальности пока еще не нашел своего яркого выражения, кто только начинает усваивать аддиктивные паттерны поведения в трудных столкновениях с требованиями среды.

Эффективной программой профилактики зависимости от ПАВ в настоящее время является программа формирования жизненных навыков. Цель программы — привитие навыков здорового образа жизни, адекватных стереотипов поведения и неприятия злоупотребления ПАВ.

В задачи программы входит развитие социальной и личностной компетентности, выработка навыков самозащиты и предупреждение возникновения проблем.

Решение каждой из этих задач предполагает формирование определенных социально-психологических навыков:

- обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, принятия решений, выработки адекватной самооценки;
- обучение умению «постоять за себя», избегать ситуаций неоправданного риска, делать рациональный, здоровый жизненный выбор;
- усвоение навыков регуляции эмоций, управления стрессовыми реакциями, разрешения конфликтов.

Социально-психологический тренинг. Методика направлена на решение следующих задач:

- формирование навыков определения круга позитивных ценностей и негативных факторов («что хорошо, что плохо»);
- формирование позитивной самооценки, чувства собственного достоинства, отношение к себе как к независимой, самостоятельной личности;
- тренировка навыков принятия ответственных решений, отстаивания убеждений и позиций (ролевые тренинги: правильные решения как основа успеха);
- накопление знаний факторов и ситуаций риска, правил безопасного адаптивного, ответственного поведения в ситуациях риска, приемов ухода от риска, в т. ч. при внешнем давлении (умение сказать «нет»);
- закрепление навыков конструктивного и позитивного общения;

– формирование адекватных представлений о чувствах, эмоциях, настроении, их влиянии на поведение, умения управлять чувствами, преодолевать стрессы;

– формирование ценностного отношения к своему здоровью, адекватная регуляция своего состояния и самочувствия.

На ранней стадии выздоровления пациентам рекомендуется избегать существенных жизненных перемен и вступления в новые отношения. Необходимо обучать пациентов навыкам совладания с отрицательными эмоциями (злости, одиночества и усталости). Пациентам рекомендуется избегать голода, одиночества и усталости, т. к. эти состояния часто приводят к рецидиву употребления алкоголя.

Определяться должны «мишени» профилактики — социальные группы, в отношении которых необходимо осуществлять дифференцированный методологический подход:

1. «Потенциальные потребители» ПАВ, требующие мер первичной профилактики.

2. «Эпизодические и случайные потребители», требующие вторичной профилактики, их практически невозможно изолировать от тех, кто воздерживается от употребления.

3. Группы населения, которые выполняют по отношению к потенциальным потребителям функции обучения и контроля. Эта группа требует обучения хотя бы элементарным навыкам профилактики.

4. «Регулярные потребители». Эта группа требует, кроме лечебного вмешательства, мер реабилитации, ресоциализации и адаптации.

ЭТАПЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Диагностический. Включает диагностику личностных особенностей (повышенная тревожность, низкая стрессоустойчивость, неустойчивая я-концепция, низкий уровень интернальности, неспособность к эмпатии, некоммуникабельность, повышенный эгоцентризм, низкое восприятие социальной поддержки, стратегия избегания при преодолении стрессовых ситуаций, направленность на поиск ощущений и др.) и получение информации о характере семейных взаимоотношений, составе семьи, увлечениях и способностях, друзьях и других референтных группах.

2. Информационно-просветительский. Представляет собой расширение компетенции в таких важных областях, как психосексуальное развитие, культура межличностных отношений, технология общения, способы преодоления стрессовых ситуаций, конфликтология, рассмотрение основных аддиктивных механизмов, процессов и последствий.

3. Тренинги личностного роста. Тренинги содержат элементы коррекции отдельных личностных особенностей и форм поведения, включают формирование и развитие навыков работы над собой.

В семье значимыми факторами являются эмоциональная стабильность и защищенность, взаимное доверие членов семьи. В общественной жизни — система психологической и социальной поддержки, обеспечивающая помощь в здоровом удовлетворении потребностей.

Эффективность программ профилактики зависит от того, как подается информация и какими методами. Программы, которые акцентировали внимание на негативных последствиях наркомании, оказались малоэффективными, а программы, делающие акцент на обучении «адаптивному стилю жизни, навыкам общения, критическому мышлению, умению принимать решения и противостоять в ситуациях предложения психоактивных веществ и др.», показали свою эффективность.

Существует две основные модели обучающих программ первичной профилактики: программа достижения социально-психологической компетентности (основная цель — выработка навыков эффективного общения) и программа обучения жизненным навыкам (принятие решений).

Эти превентивные модели имеют сходные задачи:

- развитие социальной и личностной компетентности;
- выработка навыков самозащиты, предупреждение возникновения проблем.

Трудности, связанные с лечением

Неосознавание пациентом своего состояния — одна из основных трудностей лечения. Во многих случаях эта трудность непреодолима, и тогда ее надо не преодолевать, а обходить. Следует объяснить человеку, что назначаемое лечение не противоалкогольное или противонаркотическое, а имеет некую другую цель; эту цель называют чаще в зависимости от жалоб пациента («от нервности», «от бессонницы» и т. п.). Обмана здесь нет: врач и пациент видят при этом разные стороны одного явления, а как устранить расстройства, их причину, разумеется, лучше знает врач. Цель называют и в зависимости от объективного обострения сопутствующих заболеваний.

Причины неосознавания болезни различны. На первых этапах формирования болезни субъективно хорошее соматическое состояние, не допускающее мысли о каком-либо расстройстве. Это и результат сопоставления пациентом себя с другими злоупотребляющими, и недостаточность нравственного развития. С увеличением длительности заболевания основную роль приобретают факторы биологические, обуславливающие когнитивный дефицит.

Еще один осложняющий лечение момент состоит в том, что установка пациента на врачебную помощь колеблется. Существует выражение «алкогольная игра», в которую пациент играет со своим врачом. Игра включает не только обман и самообман, но и смену намерений, решений

и пр. Это обескураживающе действует на начинающих специалистов, реагирующих эмоционально. Более профессиональный подход — выбор тактики неизменной доброжелательности и неизменно твердой позиции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Егоров, А. Ю.* Возрастная наркология : учеб. пособие / А. Ю. Егоров. Санкт-Петербург : Дидактика Плюс ; Москва : Ин-т общегуманитарных исследований, 2002. 272 с.
2. *Егоров, А. Ю.* Клиника и психология девиантного поведения : учеб. / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. Санкт-Петербург : Речь, 2010. 398 с.
3. *Завьялов, В. Ю.* Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. Новосибирск : Наука, 1988. 198 с.
4. *Кондрашенко, В. Т.* Алкоголизм : учеб. пособие / В. Т. Кондрашенко, А. Ф. Скугаревский. Минск : Беларусь, 1983. 288 с.
5. *Копытов, А. В.* Алкогольная зависимость у подростков (клиника, диагностика, лечение) : учеб.-метод. пособие / А. В. Копытов, А. А. Головач. Минск : БелМАПО, 2004. 75 с.
6. *Копытов, А. В.* Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты) : монография / А. В. Копытов. Минск : БГУ, 2012. 400 с.
7. *Копытов, А. В.* Клинико-генетические аспекты раннего алкоголизма у мужчин : монография / А. В. Копытов. Минск : БГУ, 2012. 480 с.
8. *Менделевич, В. Д.* Зависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты) / В. Д. Менделевич. Москва : МЕДпресс-информ, 2003. 328 с.
9. *Менделевич, В. Д.* Психология девиантного поведения : учеб. пособие / В. Д. Менделевич. Москва : МЕДпресс, 2001. 432 с.
10. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр).* Классификация психических и поведенческих расстройств. Санкт-Петербург : АДИС, 1994. 328 с.
11. *Наркология* : нац. руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.
12. *Сирота, Н. А.* Профилактика наркомании и алкоголизма : учеб. пособие / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. Москва : Академия, 2008. 176 с.
13. *Скугаревская, Е. И.* Клинико-биологические корреляции в системе оценки прогредиентности алкоголизма : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.45 / Е. И. Скугаревская. Москва : МГМИ, 1990. 497 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Понятие об аддикции	3
Этапы формирования зависимого (аддиктивного) поведения	3
Общие положения ассоциированные с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ.....	4
Алкогольное аддиктивное поведение	5
Факторы риска употребления алкоголя	6
F10.0 Острая алкогольная интоксикация.....	8
Экспертиза опьянения.....	12
F10.07 Патологическое опьянение	14
F10.1 Употребление алкоголя с вредными последствиями	15
F10.2 Синдром алкогольной зависимости	17
Скрининговые методы выявления алкогольной зависимости	20
Соматические осложнения алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем	22
F10.3 Синдром отмены алкоголя	23
F10.31 Состояние отмены алкоголя с судорогами.....	29
F10.4 Состояние отмены алкоголя с делирием	29
F10.5 Психотические расстройства в результате употребления алкоголя	32
F10.6 Алкогольный амнестический синдром.....	33
Острая алкогольная энцефалопатия Гайе–Вернике	34
Клинические особенности пьянства и синдрома алкогольной зависимости у подростков	35
Лечение синдрома зависимости от алкоголя.....	38
Типы, методы и средства лечения	39
Методы с психотерапевтически ориентированным воздействием.....	43
Профилактика аддиктивных форм поведения	51
Этапы профилактической деятельности.....	52
Список использованной литературы.....	54

Учебное издание

Копытов Андрей Васильевич
Копытов Дмитрий Андреевич

**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ
С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск О. А. Скугаревский
Редактор И. А. Соловьёва
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 03.08.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 3,25. Уч.-изд. л. 3,14. Тираж 99 экз. Заказ 389.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.