

**КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Л.К. Шайдукова**

**АЛКОГОЛИЗМ:  
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

**Учебное пособие для студентов**

*Рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебного пособия для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования по направлению подготовки специалистов по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия», 32.05.01 «Медико-профилактическое дело»*

**КАЗАНЬ  
2018**

**УДК 616.89-008.441.13-02-08(075.8)**

**ББК 56.145.11я73**

**A50**

Рецензенты:

доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) профессор Николай Николаевич Иванец,

доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского Юлия Борисовна Барыльник

**Шайдукова Л.К.**

**A50** Алкоголизм: этиология, патогенез, клиника, лечение: Учебно-методическое пособие для студентов / Л.К. Шайдукова. – Казань: Казанский ГМУ, 2018. – 91 с.

Настоящее учебное пособие отражает современный уровень знаний об алкоголизме, алкогольных психозах, вопросах лечения, основанных на классических работах отечественных наркологов. Рекомендуется для самостоятельной работы студентов.

УДК 616.89-008.441.13-02-08(075.8)

ББК 56.145.11я73

© Шайдукова Л.К., 2018

© Казанский ГМУ, 2018

**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение.....	4
Социальные факторы формирования алкоголизма .....	5
Наследственно-биологические факторы формирования алкоголизма .....	7
Индивидуально-физиологические факторы формирования алкоголизма .....	10
Бытовое пьянство. Клиника начальной стадии алкоголизма .....	13
Критерии развёрнутой стадии алкоголизма .....	17
Критерии конечной стадии алкоголизма .....	21
Соматические и неврологические расстройства при алкоголизме .....	22
Алкоголизм у женщин .....	26
Алкоголизм у подростков .....	35
Алкоголизм в пожилом возрасте .....	38
Алкоголизм у супругов .....	40
Острые и хронические алкогольные психозы .....	47
Алкогольный делирий .....	47
Алкогольный галлюциноз .....	50
Алкогольный бред ревности .....	55
Корсаковский психоз и болезнь Гайе – Вернике .....	57
Корсаковский психоз .....	57
Алкогольная энцефалопатия (болезнь Гайе – Вернике) .....	60
Этапность лечения алкоголизма .....	62
Опрос наркологических пациентов .....	73
Ситуационные задачи .....	75
Тестовые задания .....	82
Рекомендуемая литература .....	89

## ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые студенты медицинского университета!

Вы приступаете к изучению темы «Алкоголизм: этиология, патогенез, клиника, лечение» в рамках дисциплины «психиатрия».

Высокий уровень потребления алкогольных напитков, увеличение числа больных алкоголизмом, отрицательное влияние злоупотребления алкоголем на здоровье населения, большой экономический и моральный ущерб от пьянства и алкоголизма выдвинули эту проблему в большинстве стран мира в число важнейших, имеющих не только медицинское, но и социальное значение. Отношение общества к употреблению спиртных напитков диктуется уровнем общей культуры, развитием науки, господствующей моралью и, в конечном итоге, отражает социально-экономические предпосылки общественной жизни. Необходимость усиления борьбы с пьянством и алкоголизмом требует всестороннего освещения этой сложной проблемы и, прежде всего, таких её аспектов, как определение причин и медико-социальных последствий злоупотребления алкоголем, обобщения опыта борьбы с алкоголизмом. Всемирной организацией здравоохранения не раз были опубликованы доклады, в которых указывалось на значительное увеличение душевого потребления алкоголя, катастрофический рост заболеваемости алкоголизмом. Это означает, что число наркологических больных не уменьшается, несмотря на интенсивную работу наркологов.

Обучение студентов азам наркологии – вот что может сделать высшая школа для молодёжи, а будущие врачи – для населения. Данное учебно-методическое пособие является сборником адаптированных и переработанных для учебного процесса материалов отечественных психиатров-наркологов, авторского учебного пособия и монографии и предназначено для самостоятельной работы студентов.

При изучении дисциплины «психиатрии» («наркологии») формируются следующие компетенции:

- готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;

- способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов, заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра;

- готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи

## **СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛИЗМА**

Широта распространения алкоголизма обуславливается прежде всего социальными факторами, такими как алкогольная политика государства, обычаи общества, общественное положение индивидуума, его материальная обеспеченность, образование, семейное положение, этническая и религиозная принадлежность.

Важную роль играют *социально-демографические факторы*:

а) пол – уровень алкоголизма и пьянства у мужчин значительно выше, чем у женщин, однако за последние годы употребление женщинами спиртных напитков значительно возросло. Рост женского алкоголизма связывают с повышением экономической и моральной независимости женщин. Это считается одним из результатов эмансипации (в современном обществе дом, семья более не защищают женщин от трудностей жизни);

б) возраст – растёт злоупотребление алкоголем среди молодёжи. Возраст, в котором начинают пить, снижается, а дозы увеличиваются. Например, в США среди учащихся 13 – 18 лет 30% так называемых проблемных пьяниц (лиц, у которых злоупотребление алкоголя серьёзно угрожает здоровью и противоречит нормам социального окружения).

Всё больше молодых людей попадает на лечение. Возраст алкоголиков снизился с 55 до 35 лет;

в) профессия – установлено, что среди представителей некоторых профессий злостных пьяниц и больных алкоголизмом больше, чем среди обычного населения.

Преобладают лица, работающие в сферах торговли, обслуживания, строительства, а также профессии, связанные с производством и распределением спиртных напитков;

г) образование – социологические исследования, проведённые на Западе, показали, что повышение уровня образования приводит к повышению частоты случаев злоупотребления алкоголем и к учащению случаев алкоголизма. Процент злоупотребляющих алкоголем увеличивается с ростом уровня образования среди мужчин, в то время как степень алкогольной зависимости среди лиц, имеющих начальное или высшее образование, одинаковы для обоих полов;

д) также важную роль играет *религиозно-этническая принадлежность*.

С точки зрения религиозно-этнической принадлежности, алкогольная зависимость значительно ниже среди иудаистов и мусульман, в то время как у приверженцев православной, католической церкви, протестантов и лиц без религиозной принадлежности достигает относительно высокого уровня. Наибольшая доля трезвенников была отмечена среди протестантов-фундаменталистов и мормонов. Алкоголизм редко встречается среди китайцев, японцев, евреев;

е) большую роль в формировании алкоголизма играют *алкогольные традиции*. Так, у ряда европейских народов: французов, итальянцев, немцев, а также народов Закавказья, – существуют традиции употребления низкоградусных спиртных напитков (виноградных вин и пива), в то время как у народов, проживающих на территории России и Скандинавии, принято употреблять крепкие спиртные напитки. Среди многих народов действуют общие традиции обмывать "приятные события", "успешное завершение больших дел", также бытует представление о том, что употребление алкоголя – это признак наступившей зрелости, деловитости, самостоятельности;

ж) одним из основополагающих факторов в развитии и формировании алкоголизма является *алкогольный климат или по-другому алкогольное окружение*. Имеются неоспоримые доказательства в пользу того, что в формировании привычки употреблять алкоголь исключительная роль принадлежит непосредственно влиянию окружения ребёнка и подростка. Если ребёнок растёт в семье, где один из родителей страдает начальной стадией алкоголизма, ещё сохраняется сила влияния и авторитет, то весьма вероятно, что и у

ребёнка разовьётся положительный настрой в отношении алкоголя. Оказалось, что среди тех, чьи родители осуждают пьянство, алкоголь употребляют лишь 12%, однако если родители не противятся употреблению алкоголя и двое ближайших друзей выпивают, то этот показатель становится выше в 7,4 раза – 89%;

з) большую роль играет *социальный статус*. Было время, когда алкоголизм считался спутником необразованности, необеспеченности. Однако уже в конце прошлого столетия было сделано открытие, что вместе с ростом экономического благополучия (урбанизация, повышение уровня образования и рост материального благосостояния) растёт и количество злоупотребления алкоголем. Население трущобных зон составляет только около 5% всех алкоголиков, но оно является наиболее заметной частью и наименее поддающейся лечению. В целом эта группа представляет собой деклассированные элементы общества: мужчины, потерявшие семьи, безработные, бедные и бездомные. Ощущается острая нехватка приютов, временного и постоянного жилья для алкоголиков этой группы. Также следует отметить такие немаловажные микросоциальные факторы, как низкий морально-этический уровень семьи больных, низкая культура, плохая организация труда и отдыха.

### **Задания для самоконтроля**

1. Перечислите группу социальных факторов, влияющих на становление алкоголизма.
2. Объясните смысл термина «алкогольное окружение».

### **НАСЛЕДСТВЕННО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛИЗМА**

Исследователями давно отмечено, что к повторным выпивкам чаще всего прибегают лица, у которых алкоголь вызывает повышенное настроение, эйфорию. Биохимические исследования показали, что у таких людей алкоголь приводит к усиленному выделению мочой катехоламинов, а у обследованных со слабой эмоциональной реакцией на ту же дозу алкоголя изменения уровня катехоламинов были минимальными. В экспериментах на животных с самораздражением "центров удовольствия» гипоталамуса установлено, что алкоголь стимулирует эти структуры. Однако

эффект одних и тех же количеств алкоголя, как правило, индивидуален. Индивидуальное отношение к алкоголю отчётливо прослеживается и у животных, что позволяет проводить физиологическое и биохимические исследования механизмов этого явления.

Скращиванием животных с однотипным отношением к алкоголю и одинаковыми реакциями на него была получена линия крыс с первичным предпочтением алкоголя, линия крыс, отвергающих спиртное, и крыс с высокой фоновой толерантностью. В настоящее время эти линии насчитывают около 20 поколений с устойчивыми перечисленными признаками. Эти работы убедительно доказывают генетическую детерминированность индивидуального отношения к алкоголю.

Исследования, проведённые на близнецах, также демонстрируют генетическую зависимость различных эффектов алкоголя. Одним из важнейших факторов является скорость разрушения алкоголя в организме, которая контролируется главным образом ферментом алкогольдегидрогеназой (АДГ). Обследования людей и эксперименты на животных показали, что количество и активность АДГ имеют большие индивидуальные различия. Типы активности АДГ также очень варьируют. Это обуславливает разную скорость разрушения разного количества ацетальдегида – продукта метаболизма алкоголя. В настоящее время большое значение в разрушении алкоголя придают каталазам и другим микросомальным системам, активность которых также колеблется у отдельных людей. Следовательно, и у людей, и у животных имеются индивидуальные физические и биохимические особенности, которые могут играть роль в различном отношении к алкоголю. Большинство этих особенностей, очевидно, определяется наследственными факторами.

Итак, существуют следующие биологические концепции формирования алкоголизма:

*1. Этаноловая концепция.* Известно, что в норме в крови человека содержится 0,1 – 0,3% эндогенного этанола, обеспечивающего 10% энергетического баланса и являющегося незаменимым метаболическим фактором. При употреблении экзогенного этанола у ряда лиц возникает стойкое снижение эндогенного этанола, что и порождает потребность в нём, а, следовательно, и зависимость.

*2. Метаболическая концепция.* Согласно этой концепции пристрастие к алкоголю обусловлено нарушением обмена веществ,

патологией метаболизма, что проявляется в повышенной потребности в некоторых пищевых продуктах, содержащих ненасыщенные жирные кислоты, микроэлементы, витамины группы В.

*3. Эндокринопатическая концепция.* В соответствии с этой концепцией у некоторых лиц, предрасположенных к алкоголизму, имеется первичная слабость эндокринной системы.

Алкоголь является тем искусственным стимулятором, который при воздействии на гипофиз, способствует активации эндокринной системы, обуславливает адекватность эмоционального реагирования у этих лиц, облегчает переносимость психотравмирующих ситуаций.

*4. Адреналиновая концепция.* Пристрастие к алкоголю объясняется высоким уровнем адреналина и низким уровнем продуктов его распада в крови. Нарушение катехоламинового обмена порой даёт психическую напряжённость, требующую разрядки.

*5. Эндорфиновая концепция.* При употреблении алкоголя, содержащего этанол, увеличивается уровень эндорфинов, а систематическое его употребление ведёт к уменьшению опиатных рецепторов – вторичному процессу, связанному со стимуляцией выработки эндогенных опиатов. Наркотическое действие алкоголя и средств, способных вызывать наркотический эффект объясняется увеличением синтеза нейромедиаторов – специфических веществ в головном мозге, оказывающих положительный психофармакологический эффект. Взаимосвязь алкоголь-наркотического опьянения с продукцией эндорфинов вполне доказана, однако связь между алкоголизмом и состоянием опиатной системы требует экспериментального подтверждения.

*6. Дофаминовая концепция.* Известно, что в стволовом отделе мозга имеется область, которая играет большую роль в регуляции мотиваций и эмоционального состояния. Эта область названа "системой подкрепления" и функционирует при посредстве выше обозначенных нейромедиаторов. Алкоголь и другие психоактивные вещества вызывают усиленный выброс нейромедиаторов из запасов, тем самым искусственно способствуют химическому возбуждению системы подкрепления и обуславливают положительную эмоциональную реакцию.

При длительном употреблении психоактивных веществ в результате большого выброса нейромедиаторов их запасы истощаются, возникает значительный дефицит, а, значит, недостаточное возбуждение системы подкрепления. Субъективно это проявляется

снижением настроения, упадком сил, эмоционально-волевой недостаточностью. Этот процесс лежит в основе формирования психической зависимости, так как при этом возникает потребность в алкогольной стимуляции системы подкрепления.

В ответ на дефицит катехоламинов организм компенсаторно усиливает их синтез, однако он вынужден усиливать и их распад ферментами, тем самым порождая ускоренный кругооборот нейромедиаторов. Этот процесс лежит в основе физической зависимости, считает И.П. Анохин. После прекращения приёма алкоголя или наркотиков прекращается усиленный выброс нейромедиаторов, однако усиленный синтез остаётся, так как ферментные системы перестроились на новый режим. В результате происходит накопление в мозге и крови дофамина, что в какой-то степени объясняет основные проявления абстинентного синдрома (бессонница, возбуждение, беспокойство).

7. *Системная концепция.* Эта концепция объединяет дофаминовую, этаноловую и эндорфиновую концепции. Выше уже говорилось об эндогенной опиатной системе – эндорфинах, энкефалинах, которые играют большую роль в механизмах боли, мотивации, эмоций. Согласно системной теории при употреблении алкоголя действительно происходит высвобождение дофамина и продуктов его метаболизма, а также продуктов метаболизма этанола, однако последние образуют морфиноподобные вещества. Именно этим веществам, а не этанолу и дофамину принадлежит, согласно концепции, приоритет в возникновении эйфории, в формировании психической зависимости.

### **Задания для самоконтроля**

1. Перечислите биологические концепции формирования алкоголизма.
2. Содержание «системной концепции».

## **ИНДИВИДУАЛЬНО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛИЗМА**

Эти факторы имеют не ведущее, а косвенное значение, способствуют переходу нормативного употребления алкоголя в злоупотребление. Можно сколько угодно говорить о предрасположенности к алкоголизму и не наблюдать самого

заболевания, тем не менее, в совокупности с вышеперечисленными факторами индивидуально-физиологические особенности организма играют не последнюю роль.

Определённое значение имеет *пол больного*. Считается, что у женщин заболевание течёт более злокачественно, чем у мужчин, в силу физиологических особенностей женского организма: большего содержания воды в клетках и соответственно лучшей растворимости алкоголя; меньшего удельного веса ферментов, расщепляющих алкоголь, соответственно, более длительного выведения его из организма.

Имеет значение *возраст больного*. У подростков наблюдаются сжатые сроки формирования алкогольной симптоматики из-за несформированных компенсаторных механизмов, незрелости, слабости структур физиологической защиты так же, как и у пожилых людей.

Состояние желудочно-кишечного тракта, гепатолиенальной системы также является важным при учёте совокупности факторов – перенесённые гастриты, гепатиты, гепатозы значительно нарушают метаболизм, воздействуя на трофические, обменно-детоксикационные процессы. Косвенное влияние имеют и органические нарушения головного мозга травматического, инфекционного, сосудистого генеза. Наконец, конституционные особенности индивидуума, не являясь источником заболевания, могут изменять его клинику.

*Клинико-антропологические и морфо-конституциональные* исследования в наркологии убедительно доказали значимость морфотипов. Так, у значительного числа изученных больных с гиперандроидным и идеальным типом телосложения похмельный синдром не наблюдался на протяжении 15 лет злоупотребления алкоголем; у лиц с инфантильным, феминным, евнухоидным типом, наоборот, наблюдался ускоренный темп развития заболевания, что в какой-то степени обусловлено эндокринной недостаточностью. Другое исследование показало, что у лиц с астенической, нормостенической и пикнотической конституцией форма алкоголизации, параметры заболевания отличались друг от друга.

Астенический тип: преобладание систематического пьянства, "плато толерантности", психические варианты абстинентного синдрома, короткие ремиссии, астеноапэтический тип личности.

Нормостенический тип: систематическое пьянство, "плато толерантности", взрывной тип опьянения, психический вариант абстинентного синдрома, короткие ремиссии.

Пикнотический тип: периодическое пьянство, нарастающая толерантность, "отставленное" опохмеление, аффективный тип опьянения, соматовегетативный вариант абстинентного синдрома, длительные ремиссии, синтонный тип заострения личности.

Известно, что хорошо *интегрированная* личность успешно справляется с внешними и внутренними стрессорами и пользуется при этом социально-приемлемыми путями; эти люди употребляют релаксант алкоголь умеренно. Плохо организованная, *психопатическая* личность, легко выводимая стрессорами из равновесия, восстанавливает его с трудом, и в сложных ситуациях эта личность нуждается в искусственном облегчении. Третий тип – *невротический* или с иными явными девиациями – постоянно требует посторонней помощи и представляет случаи так называемого "вторичного алкоголизма".

Большинство современных исследователей оценивают алкоголизацию как один из способов снятия напряжения при нарушениях адаптационных механизмов как средство подавления состояний напряжения, страха, вины.

По существу тот же взгляд разделяют сторонники концепции стресса: алкоголь снимает стресс-реакцию, и "ключом к пониманию личности алкоголика является положение, что алкоголики неспособны сопротивляться напряжению". Перед лицом неприятной ситуации, мыслей, воспоминаний такая личность скорее прибегает к быстрому и элементарному облегчению. Спиртное для него – наркоз, снимающий боль, сознание конфликта и депрессию. Личность обнаруживает черты, объясняемые слабым контролем над импульсами и неспособностью управлять напряжением. Черты зависимости, нарциссизма, понимание своей недостаточности, склонность к депрессиям определяют трудность адаптации и малую толерантность даже к стрессам незначительной силы.

Корни алкоголизма, по мнению некоторых авторов, скрываются в разных типах личности (алкоголизм – симптом болезненного развития личности), в плохих адаптационных возможностях. У многих обнаружены инфантильные черты: эмоции напряжения и тревоги при социальных контактах, неудовлетворённости и одиночества, а также сексуальной неудовлетворённости. Ранний контакт

с алкоголиками, а также алкоголизм и психопатия в наследственности как причина дурного влияния и распада семьи подчёркивается многими авторами. Только 32% пациентов не имеют наследственности, отягощённой характеропатией.

Таким образом, личность алкоголика рассматривается как личность несовершеннолетняя, с недостаточной социальной приспособленностью и с затруднённым образованием межличностных связей. Причину этого порока личности видят в настоящее время не столько в унаследованной патологии, сколько в патологии, приобретённой в результате дефектов воспитания. В целях компенсации несовершеннолетняя личность прибегает к искусственной помощи, содействию извне. Один из таких путей – алкоголизация, ослабляющая напряжение, облегчающая контакты, снимающая сознание своей несостоятельности, чувство вины и пр.

Значительная часть больных преморбидно являлись личностями примитивными, незрелыми, находящимися на предшествующем этапе психического развития. Вторая, меньшая, группа – личности без заметных особенностей в преморбиде, начавшие систематическое употребление в силу внешних условий нездоровой обстановки (официанты, работники магазинов, учреждений с доступностью спирта и пр.). Однако большая часть этой второй группы, как и больные, мотивом злоупотребления которых была "скука", "от нечего делать", при внимательном рассмотрении могла быть отнесена к первой группе. Третья, немногочисленная, группа – личности с затруднённой адаптацией или личности, оказавшиеся в сложной ситуации. Лица, страдающие психопатологическими расстройствами, составляют четвёртую группу.

### **Задания для самоконтроля**

1. Перечислите индивидуально-физиологические факторы формирования алкоголизма.
2. Объясните понятие «тип конституции».
3. Значение термина «преморбидные особенности» личности.
4. Назовите ведущие группы личностных характеристик.

## **БЫТОВОЕ ПЬЯНСТВО.**

### **КЛИНИКА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА**

Термины "пьянство" и "алкоголизм" часто используют как синонимы, обозначающие систематическое, неумеренное

употребление спиртных напитков в количествах, вызывающих алкогольное опьянение. Опьянение возникает в результате отравления организма алкоголем. В отличие от других видов отравлений (случайных, бытовых, производственных и т.д.), в состоянии алкогольного опьянения человек вводит себя сам. К бытовому пьянству можно отнести как случаи умеренного употребления алкогольных напитков, когда здоровые люди выпивают в выходной день или на семейных торжествах, так и случаи эпизодического злоупотребления алкоголем, достигающих до тяжёлых степеней опьянения.

На этом этапе для человека не имеет существенного значения смысл праздничного события, а также одобряют ли его поведение близкие ему люди. В это время уже в значительной мере изменяется его отношение к окружающим, к общепринятым и допустимым нормам поведения. Для него возрастает ценность случайных собутыльников, которые готовы разделить с ним выпивку, а время и место, обстановка, в которой это происходит, теряет значение. Таким образом, здесь можно говорить о снижении требовательности к своему поведению, потере самоконтроля. На этом этапе возможно поражение многих органов и систем организма. Однако в этом периоде человек или самостоятельно, или под влиянием друзей или родственников способен остановиться, прекратить употребление алкоголя, и ряд нарушений, возникающих во внутренних органах, может ликвидироваться.

Бытовое пьянство имеет ряд разновидностей:

а) *случайное (эпизодическое)* пьянство: спиртные напитки употребляются редко, дозы их небольшие, не вызывающие сколько-нибудь заметного опьянения, у пьющего полностью сохраняются контроль за количеством выпитого алкоголя и критическая оценка своего поведения и ситуации;

б) *привычное (постоянное)* пьянство: имеются повторные, начинающие приобретать какую-то регулярность выпивки, пьющий начинает терять контроль за количеством выпитого алкоголя. Это свидетельствует о выработке определённых более или менее устойчивых связей с внешними факторами.

Итак, каким бы ни было бытовое пьянство, эпизодическим или же постоянным, оно ещё не является заболеванием, но тем не менее служит платформой для формирования основных симптомов алкоголизма.

## КРИТЕРИИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА

1. Облигатным признаком изменения реакции организма на алкоголь является *утрата рвотного рефлекса*, выполняющего защитную функцию при передозировках.

2. При развитии алкоголизма на начальной стадии тех качеств алкоголя, которые раньше вызывали заметное состояние опьянения, оказывается недостаточно. Это говорит о *повышении толерантности к алкоголю*, т.е. о повышении его переносимости организмом. Для медиков, основывающихся на данных многочисленных наблюдений, повышение устойчивости к алкоголю – один из основных признаков перехода бытового пьянства в алкоголизм. Исчезает отвращение к спиртному после передозировки.

3. *Систематизация пьянства* – учащение алкогольных эксцессов, постоянство, регулярность приёма алкоголя. Это, несомненно, угрожающий признак для формирования заболевания, однако в ряде стран систематическое употребление алкогольных напитков является общепринятым стандартом (независимо от крепости алкогольных напитков).

4. *Смена низкоградусных алкогольных напитков на высокоградусные* также является угрожающим признаком в плане возникновения заболевания, тем не менее самостоятельного значения не имеет.

Все вышеперечисленные проявления характерны как для бытового пьянства, так и для алкоголизма, однако об алкоголизме можно говорить при появлении следующих нарушений.

5. *Патологическое влечение* к алкоголю расценивается как признак психической зависимости от алкоголя. Как известно, влечения могут быть осознанными и бессознательными. На начальной стадии алкоголизма тяга может и не осознаваться пациентами, поэтому обвинение их в "несознательности" (типичное "я не алкоголик") в ряде случаев бывает неправомерным. Барьером к осознанию влечения является наркотическое действие алкоголя, выражающееся в эйфории, чувстве лёгкости и блаженства. Признание себя "алкоголиком" означает отказ от алкоголя, поэтому эти мысли "не пропускаются" в сознание. При наличии анозогнозии (непризнания заболевания) косвенными признаками патологического влечения являются:

- феномен "*оживления*" в виде вегетативных, мимико-жестикуляционных реакций при упоминании об алкоголе;

- феномен "опережения" в виде форсированного употребления спиртных напитков при застольях, праздниках и т.д.;

- фиксация на алкогольной тематике, навязчивое желание возобновления алкоголизации является показателем психической зависимости.

Уже на начальной стадии заболевания потребность в алкоголе постепенно становится доминирующей, вытесняя остальные влечения; иерархия мотивов и система ценностей трансформируется в соответствии с алкогольной доминантой.

6. *Изменённая форма опьянения* чаще встречается при алкоголизме, однако у акцентуированных лиц, особенно при наличии психопатических черт характера, опьянение изначально может иметь патологическую окраску – взрывчатую (агрессивность, истерическую (гиперсексуальность, демонстративность), депрессивную (слезливость, подавленность).

*Утрата контроля употребления алкоголя* проявляется в специфическом ощущении неудовлетворённости выпитым, чувства незавершённости и потребности в большом количестве спиртного для снятия тягостного чувства. Потеря меры, "своей дозы", проявляется в учащении тяжёлых степеней опьянения с амбулаторными автоматизмами, алкогольными комами. Утрата контроля над выпитым является показателем растормозившегося патологического влечения к алкоголю.

*Акцентуация характера больных* выражается в усилении ранее скрытых черт, проявлении астенического радикала. Начальная стадия алкоголизма обозначена "неврастенической", так как изменения личности больных напоминают астенический невроз: возникают вспыльчивость, раздражительность, гневливость, тревожность. Неврозоподобная симптоматика обусловлена двумя факторами: интоксикационным и личностным. Тревожно-подавленное настроение пациентов вне приёма алкоголя вызвано внутриличностным конфликтом между влечением к алкоголю и социальным запретом алкоголизации. У больных формируется манипулятивное поведение, когда, спровоцировав конфликт в семье, они получают социальное оправдание своего пьянства.

### **Задания для самоконтроля**

1. Объясните смысл термина «бытовое пьянство».
2. Перечислите разновидности бытового пьянства.

3. Перечислите критерии начальной стадии алкоголизма.

4. Значение термина «акцентуация характера».

### **КРИТЕРИИ РАЗВЁРНУТОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА**

Для второй стадии алкоголизма характерны следующие показатели:

1. *Максимальная толерантность*, которая в ряде случаев достигает 1,5 литров высокоградусных спиртных напитков.

2. *Трансформация патологического влечения* из навязчивого в насильственное, зависимость становится физической. Этиловые группы участвуют в метаболических процессах, интенсивность влечения к алкоголю обусловлена его биологизацией. Тяга к алкоголю выражена как в "сухом периоде", так и в структуре сформировавшегося абстинентного синдрома (эта стадия обозначена «наркоманической»).

3. *Абстинентный синдром* (синдром лишения алкоголя, похмельный) расценивается как показатель полностью сформировавшегося алкоголизма, как наиболее очевидное проявление физической зависимости от алкоголя. Под этим термином понимают симптомокомплекс соматических, неврологических и психопатологических расстройств, возникающих при прекращении употребления алкоголя или снижения его доз, причём приём спиртных напитков (опохмеление) на некоторое время устраняет или смягчает указанные расстройства. В структуру абстинентного синдрома входит третий вариант патологического влечения к алкоголю в виде стремления к опохмелению. В этот период нередко возникают алкогольный делирий (белая горячка), эпилептоидные припадки в виде судорог с потерей сознания (психопатологические расстройства).

Абстинентный синдром необходимо отличать от постинтоксикационных состояний, которые также характеризуются комплексом соматовегетативных нарушений, возникающих после алкогольного эксцесса. При отсутствии физической зависимости от алкоголя постинтоксикационные расстройства лишь усугубляются приёмом спиртных напитков, и влечения к спиртному в таких случаях не отмечается. При абстинентном синдроме, напротив, влечение к алкоголю всегда присутствует, хотя больные могут опохмелиться в зависимости от внешних обстоятельств не только утром, но и в середине или в конце дня.

Клинические проявления абстинентного состояния можно условно разделить на соматоневрологические и психопатологические. К числу наиболее типичных (облигатных) абстинентных проявлений относят: тремор, чувство разбитости, потливость, жажду, отсутствие аппетита, тревогу, нарушение сна, повышение температуры тела. Соматоневрологические расстройства, наблюдающиеся при абстинентном синдроме, включают:

- *гастроинтестинальные* симптомы: отсутствие аппетита, тошнота, рвота, диарея, неприятный вкус во рту, отрыжка, изжога;

- *неврологические*: различные варианты тремора (тремор век, пальцев вытянутых рук, языка), судорожные припадки;

- *кардиоваскулярные*: потливость, повышение артериального давления, тахикардия, сердцебиение, боли в области сердца.

В структуре абстинентного синдрома при алкоголизме отмечаются разнообразные психопатологические нарушения, встречающиеся в рамках пограничных состояний. *Астенические расстройства* характеризуются раздражительностью, слабостью, выраженной истощаемостью, неспособностью концентрировать внимание, пониженной работоспособностью. *Аффективные расстройства* обычно неглубоки и весьма разнообразны.

Пониженное настроение может сочетаться с тоской, болезненным чувством вины, идеями самоуничужения. Иногда обнаруживается эксплозивность с дисфорическим оттенком настроения, вязким аффектом недовольства, злобы. Возможны истерические формы поведения. Характерны тревога, беспокойство, тревожные опасения с конкретно житейским содержанием, настороженность с нестойкими идеями отношения и обвинения, свидетельствующие о тревожной установке больного в восприятии окружающего. Важное место в динамике абстинентного синдрома занимает нарушение сна. Больные плохо засыпают и испытывают своеобразное состояние забытья, сопровождающееся кошмарными сновидениями.

Хроматографическое исследование не выявляет чёткой зависимости между выраженностью абстинентного синдрома и содержанием алкоголя в крови. Длительность абстинентного синдрома составляет в среднем 2 – 5 дней, но в отдельных случаях достигает 2 недель. К более лёгким проявлениям абстинентного синдрома относят состояния с преимущественно соматовегетативными расстройствами. При дальнейшем прогрессировании заболевания более выраженными становятся психопатологические расстройства.

Появление в структуре абстинентного синдрома судорожных припадков указывает на особую тяжесть состояния, экстрапирамидные расстройства. Клинические данные указывают на то, что, развившись на определённом этапе злоупотребления спиртным, физическая зависимость от алкоголя не исчезает после многих лет воздержания – абстинентный синдром вновь возникает после длительной ремиссии.

4. *Запойная форма пьянства* возникает в результате сформировавшегося абстинентного синдрома. Схема проста: бурный алкогольный эксцесс влечёт за собой похмельные явления, после опохмеления вновь возникает алкогольная эйфория, растормаживается влечение, что приводит к возврату алкоголизации и т.д.

Существуют ложные и истинные запои. Для ложных запоев характерно:

- кратковременность (не более 5 дней);
- ситуационная обусловленность – приурочивание к праздникам, торжествам, выходным дням;
- произвольность возникновения, отсутствие обязательности.

Для истинных запоев характерно:

- длительность (до месяца);
- автономность, ситуационная независимость;
- облигатность, спонтанность возникновения, формирование эндогенно-биологического ритма;
- появление эмоциональных расстройств перед запоями в виде дистимии, подавленности, тревоги.

5. *Алкогольные психозы* чаще всего манифестируют после отказа от алкоголя – после запоев, в первые 2 – 3 суток. Алкогольные психозы делятся на острые, подострые, хронические, abortивные и развёрнутые, типичные и атипичные. Для второй стадии алкоголизма характерно появление острых и подострых психотических расстройств: алкогольного делирия, острого алкогольного галлюциноза, параноида. Наличие атипичных картин психоза: бреда воздействия, псевдогаллюцинаций, психических автоматизмов, – может свидетельствовать об эндогенных расстройствах, дебютировавших в ситуации, выраженной алкогольной интоксикации.

6. *Деградация личности* – довольно сложное и неоднородное явление, содержащее психологические и психопатологические аспекты. Отмечаются признаки психологического регресса: лживость,

ненадёжность, легковесность, бахвальство, грубость, эгоизм, цинизм, нескритичность. Снижаются нравственно-этические, моральные нормы, личность оскудевает, становится примитивной, обнажаются инстинкты и влечения. Эти проявления могут быть выраженными либо незначительными, избирательными или тотальными.

Психопатологическая картина алкогольной деградации проявляется в двух синдромах: психопатоподобном и психоорганическом.

Психопатизация больных алкоголизмом выражается в агрессивности, снижении контроля над своим поведением, эмоциональной взрывчатости, возбудимости, при этом выявляются только поведенческие расстройства, память и интеллект остаются интактными. При психоорганическом синдроме нарушены не только эмоционально-волевая, мыслительная сферы, но и интеллектуально-мнестическая, что объясняется дистрофическими изменениями в "органике": ткани головного мозга с ухудшением корковых процессов – анализа, синтеза, запоминания, абстрагирования и т.д. Старые клиницисты выделяют четыре варианта деградации: астенический, истерический, эксплозивный, апатический.

7. *Соматические нарушения* алкогольного генеза проявляются в воспалительных процессах: гастритах, гепатитах; гемодинамических нарушениях: гипертонии; функциональных расстройствах – импотенции; дистрофических явлениях – кардиомиопатии. Токсический генез заболевания очевиден, поэтому обычными бывают терапевтические диагнозы – "алкогольная гипертония", "алкогольный гепатит", "алкогольная кардиомиопатия", тем не менее соматические нарушения на второй стадии ещё частично обратимы при соответствующем лечении.

8. *Социальная декомпенсация* выражается в утере социальных ролей, в деструкции социальной надстройки: теряется роль "супруга" вследствие распада семей, роль "отца" вследствие потери контакта с детьми, утрачивается роль "работника" из-за увольнений, роль "хозяина дома" из-за потери жилища и т.д. Ролевая депривация бывает тотальной, постоянной и выраженной при злокачественном течении алкоголизма, либо селективной, временной и неглубокой при относительно доброкачественном течении заболевания. В соответствии с алкогольными установками осуществляется дефектное социальное приспособление – формирование суррогатных

семей, сожительство с партнёром, также страдающим алкоголизмом, выбор низкоквалификационных профессий.

### **Задания для самоконтроля**

1. Перечислите критерии развёрнутой стадии алкоголизма.
2. Клиника абстинентного синдрома.
3. Отличие истинных запоев от псевдозапоев.
4. Понятие «деградация личности».

### **КРИТЕРИИ КОНЕЧНОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА**

Третья стадия алкоголизма характеризуется следующими проявлениями.

*1. Снижение разовой толерантности*, увеличение суточной толерантности – эти признаки являются ведущими в клинике исходной стадии заболевания, они свидетельствуют о глубоком нарушении системы биологической защиты организма, неспособности утилизировать алкоголь вследствие поражения функций печени. Опьянение наступает от небольших доз алкоголя, оно вскоре проходит, что является причиной возобновления употребления спиртного; суточная доза может возрастать по сравнению с предыдущей стадией заболевания.

*2. Постоянство патологического влечения* выражается непрерывностью употребления алкоголя. Организм больного стареет, энергетические процессы снижаются, влечение из насильственного, импульсивного, возникающего приступообразно, трансформируется в менее императивную, но ни более постоянную тягу к алкоголю. Пациенты часто прячут алкоголь в тайниках, носят с собой на работу, либо часто посещают алкогольные заведения (пивные, рюмочные) для принятия "разовой дозы".

*3. Непрерывная форма употребления* алкоголя вытекает из первых двух признаков. Светлые промежутки обусловлены лишь соматическим неблагополучием, физической неспособностью к продолжению пьянства.

*4. Алкогольные психозы* нередко проявляются в хронической форме – хронический алкогольный галлюциноз, бред ревности, Корсаковский психоз, энцефалопатия Гайе – Вернике.

*5. Алкогольная деменция* отличается от алкогольной деградации глубокими интеллектуально-мнестическими нарушениями, выраженными волевыми расстройствами в виде аспонтанности,

доходящими до апатоабулического синдрома, глубокими эмоциональными расстройствами в виде дисфории, эксплозивности или эмоциональной тупости, вялости, снижения критики.

### **Задания для самоконтроля**

1. Перечислите критерии конечной стадии алкоголизма.
2. Различие понятий «алкогольная деградация», «алкогольная деменция».
3. Причины снижения толерантности на конечной стадии алкоголизма.

## **СОМАТИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ**

Длительная алкоголизация с последующим формированием хронического алкоголизма как заболевания способствует развитию соматических расстройств, которые возникают в конце первой стадии, продолжаются во второй и приводят к декомпенсации в третьей. Токсическое воздействие алкоголя на организм общеизвестно, однако остаются неясными причины поражения того или иного органа у определённого индивидуума при полной или частичной сохранности другого. Вероятно, существует особый «тропизм» с прицельным разрушением либо нервной, либо кардиоваскулярной, либо гастроинтестинальной, либо гепатолиенальной, либо урогенитальной, половой и других систем.

**Гастроинтестинальные нарушения** отмечаются по всему пищевому тракту – от ротовой полости до терминальных отделов. В результате длительного воздействия высокоградусных алкогольных напитков возникает лейкоплакия, т.е. предрак, с годами переходящий в рак слизистой оболочки полости рта. Сочетанное употребление алкоголя и табака повышает риск возникновения рака. Вследствие гипертрофии слюнных желёз появляется атрофическая форма парадонтоза, развивается кариес, а химическое воздействие на голосовые связки вызывают специфический признак – характерную сиплость, а также рак гортани. Алкоголь способствует выделению желудочного сока с богатым содержанием соляной кислоты и сниженным – пепсина, столь необходимого для пищеварения. Это является причиной развития таких заболеваний, как *гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, способствует развитию рака желудка.*

Поражение *гепатолиенарной* системы нередко при алкоголизме. Это касается и нарушений деятельности печени с развитием *алкогольного гепатита*, переходящего в *цирроз* и работы поджелудочной железы. Нарушаются белковая и углеводная функции печени с появлением гипергликемии, холестеринемии на начальных стадиях и гипогликемии, гипохолестеринемии в крови – на конечных стадиях. Вследствие токсического поражения печени угнетается фибринолитическая активность крови. Метаболизм алкоголя в печени нарушается из-за снижения активности алкогольдегидрогеназы, что приводит к накоплению этилового спирта в организме, а последний уничтожает гепатоциты, приводя к дистрофии печени, гепатиту (40%) и циррозу (25 – 30%). Изменяется функционирование поджелудочной железы – происходят нарушения как внешнесекреторной деятельности (отмечается снижение её ферментативной активности, в частности, в отношении амилазы с параллельным повышением её содержания в крови), так и внутрисекреторной – начальное усиление выработки инсулина сменяется депрессией выделительной функции. Развивается *острый или хронический панкреатит* алкогольного генеза.

**Кардиоваскулярные нарушения** выражаются в дефектном кровенаполнении уже на начальном этапе употребления алкоголя, когда расширение периферических сосудов вызывает прилив крови, а потом компенсаторно переполняет кровеносные сосуды внутренних органов, приводя к сердечно-сосудистой недостаточности. Увеличение размеров сердца – результат «сбоя» в перераспределении крови, проявляется в тахикардии, доходящей до ритма галопа, мерцательной аритмии, желудочковой экстрасистолии, на поздней стадии – отёках. Развивается *алкогольная кардиомиопатия*.

Это заболевание встречается реже *алкогольной гипертонии*, которая развивается на фоне абстинентных проявлений и нередко заканчивается инсультом в состоянии похмелья, либо инфарктом, вызванным острой сердечно-сосудистой недостаточностью.

Поражение *урогенитальной системы* не столь уж редко при алкоголизме. Развивается токсическая *алкогольная нефропатия* (токсический некронефроз), которая проявляется небольшой протеинурией, микрогематурией, незначительными колебаниями артериального давления. Течение недлительное, заканчивается либо выздоровлением, либо переходом в острую почечную недостаточность. Нефропатия может принимать хронический

затяжной характер с периодическими обострениями: отмечается гломерулонефрит, длительно держится микрогематурия, значительная протеинурия, повышается артериальное давление. Степень генитальных расстройств напрямую зависит от гендерных особенностей, «стажа» злоупотребления алкоголем, токсичности алкогольных напитков, частоты их приёма. У мужчин клиническая картина отличается от таковой по сравнению с женщинами. На начальном этапе алкоголизма наблюдается усиление либидо (полового влечения), увеличение количественных показателей полового акта из-за стимулирующего действия спиртных напитков, однако этот эффект недолговечен из-за нарушений нейрогуморальных регуляций. Впоследствии у мужчин развивается эректильная дисфункция, переходящая в стойкую необратимую импотенцию. Токсическое действие алкоголя приводит к разбалансировке центральных механизмов управления половыми функциями, сбоя регуляции в подкорковых образованиях. Если на начальной стадии отмечается дисфункция гонад половых желёз, в развёрнутой стадии – гипофункция, то в конечной стадии возникают грубые нарушения экскреторной и секреторной функции гонад с изменением сперматозоидов, появлением незрелых, неподвижных форм. На терминальной стадии алкоголизма происходит жировое перерождение эпителия семенных канальцев, что ведёт к бесплодию. У женщин на начальном этапе алкоголь также вызывает усиление полового влечения, однако хроническая интоксикация приводит к аноргазмии, фригидности (половой холодности), снижению работы половых органов и систем, нарушению менструального цикла, внешней маскулинизации.

К сопутствующим расстройствам относятся те, которые косвенно связаны с нарушением иммунитета. Так, лица, злоупотребляющие алкоголем, в шесть раз чаще заболевают туберкулёзом. Несомненно, туберкулёз связан и с социальной запущенностью лиц, злоупотребляющих алкоголем, и с низкой комплаентностью больных (обращаемостью за помощью, согласием принимать медикаментозные препараты), и с ослабленностью организма в послезапойные периоды, и нарушением питания. Следует отметить, что нарушение обмена веществ и вторичные авитаминозы (витамины группы В, С, Д, Е, К, РР) при алкоголизме встречаются часто. Нарушаются все виды обмена – белкового, минерального, углеводного, жирового, пигментного, что проявляется и во внешнем

виде больных на конечной стадии алкоголизма: кожа становится бронзового оттенка, отмечается недостаток питания, плохое состояние ротовой полости, признаки раннего старения.

**Неврологические расстройства** тесно связаны с психопатологическими нарушениями, их декомпенсация и утяжеление обусловлено стадией заболевания. Поражение нервной системы можно разграничивать на поражение периферической нервной системы (*алкогольная полиневропатия*) и центральной (*алкогольная энцефалопатия*). Полиневропатия – наиболее распространённая патология поражения периферических спинно-мозговых и черепных нервов – отмечаются дистрофические проявления, порой необратимого характера. В начальной стадии болезни больные могут предъявлять жалобы на преходящие парестезии, ощущения ползания мурашек, похолодание, неприятные ощущения в дистальных отделах нижних и, реже, верхних конечностей, проявляющиеся в виде мышечных спазмов или стойкого болевого синдрома. В хронической и поздней стадиях заболевания эти симптомы бывают более грубо выраженными и стойкими, в ряде случаев сопровождаясь амнестическими расстройствами, дезориентацией, симптомами растерянности, что характерно для корсаковского синдрома.

*Судорожный синдром* при алкоголизме чаще встречается в поздней стадии заболевания. Алкогольный судорожный синдром имеет ряд особенностей: развивается чаще всего в первые сутки абстинентного синдрома или прекращения приёма алкоголя, нередко сопровождается психозом по типу алкогольного делирия, имеет бедную симптоматику – отсутствуют абсанс, фуга, транс, а ЭЭГ не даёт картины, характерной для истинной эпилепсии. С прекращением употребления алкоголя алкогольный судорожный синдром исчезает, что позволяет отнести его к симптоматическим.

*Атаксический синдром* при алкоголизме на начальной стадии имеет ундулирующий характер, появляясь в состоянии опьянения, однако при развитии похмельного синдрома становится перманентным. В поздней стадии атаксия появляется и в трезвом состоянии, вне приёма алкоголя, что объясняется поражением мозжечковой или мозжечково-вестибулярной системы. К полиневритическим проявлениям относится также геморрагический полиэнцефалит (болезнь Вернике), который по своему психопатологическому содержанию является алкогольным психозом.

Неврологические проявления этого психоза выражаются в повышении сухожильных и периостальных рефлексов с их асимметрией, снижении или отсутствии брюшных рефлексов на стороне повышения сухожильных, треморе рук, выраженной статической атаксии.

К неврологическим нарушениям относится *цефалгия*, которая усиливается в первые дни после прекращения приёма алкоголя и нередко сочетается с жалобами на быструю утомляемость и раздражительность. Диффузный характер головной боли указывает на недостаточность венозного кровообращения, венозный застой, явления ликворной гипертензии. Пароксизмальная головная боль в затылочной области, сопровождающаяся головокружением и тошнотой, встречается при недостаточности мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярной системе. На конечной стадии алкоголизма развивается алкогольная энцефалопатия.

### **Задания для самоконтроля**

1. Какие соматические расстройства могут наблюдаться при алкоголизме.
2. Какие неврологические расстройства при алкоголизме вы можете назвать?

## **АЛКОГОЛИЗМ У ЖЕНЩИН**

Рост алкоголизации среди женщин является одной из насущных социальных проблем. Соотношение учтённых больных алкоголизмом женщин и мужчин в России в середине 1980-х годов было 1 : 12, в 1991 г. – 1 : 9, в 1995 г. – 1 : 6, в 2002 г. – 1 : 4, в 2006 г. – 1 : 4,5, в 2008 г. – 1 : 4,2, в 2010 г. – 1 : 4. В научной литературе появилось и укрепилось определение «женского алкоголизма», обусловленного спецификой заболевания у этого контингента больных. В отличие от формирования и течения алкоголизма у мужчин, женский алкоголизм имеет ряд особенностей, касающихся вопросов этиологии, патогенеза, клинической картины заболевания. В настоящее время всё более актуальными становятся гендерные аспекты, что позволяет выделить «гендерную наркологию». Отмечаются следующие специфические характерные черты, присущие женскому алкоголизму.

### *1. Влияние генетического фактора*

Роль генетического фактора до конца не ясна. Выделяются различные направления в выяснении его значения. Предполагается, что по наследству могут передаваться особенности метаболизма, или реагирования ЦНС на алкоголь, или личностные особенности, психические нарушения.

Известно, что частота алкоголизма при наличии родных матерей, страдающих им, в 3 раза выше, чем у женщин, рождённых от матерей, не болевших алкоголизмом. При наличии алкоголизма у отцов заболеваемость им у дочерей статистически достоверно не отличается от таковой у дочерей, чьи отцы не страдали алкоголизмом. Алкоголизм обоих родителей в 4 раза увеличивает заболеваемость их дочерей по сравнению с женщинами, у которых родители здоровы. Матери, таким образом, чаще передают заболевания дочерям по наследству, что может объясняться влиянием алкоголизации на внутриутробное развитие.

Однако существенные различия в течении болезни у женщин свидетельствуют об относительной значимости генетического фактора – его влияние нивелируется социально-психологическими факторами и условиями, в частности, ограничениями алкоголизации женщин. На сегодняшний день эти различия трудно объяснить: считается, что это происходит вследствие влияния полоролевых отношений и разной передачи психобиологических факторов.

### *2. Влияние синдрома предменструального напряжения*

Синдром предменструального напряжения чаще всего характеризуется головными болями, головокружением, ощущением физической слабости и диссомническими расстройствами. В ряде случаев констатировалось заострение характерологических особенностей, появление либо усиление аффективных расстройств (снижение настроения, дисфории, эмоциональная лабильность). На этом фоне значительно актуализировалось патологическое влечение к алкоголю. В таких случаях медикаментозная коррекция является мерой профилактики обострения алкогольного заболевания. Для данной группы больных характерна частота аффективных расстройств различной выраженности, среди которых можно выделить депрессивный, тревожно-депрессивный, астенодепрессивный и дисфорический синдромы.

### *3. Специфические эмоциональные нарушения и расстройства личности*

Взаимосвязь алкоголизации и эмоциональных нарушений общеизвестна. Она проявляется в сочетании алкоголизма с аффективными расстройствами и в том, что родители и близкие родственники больных часто страдают ими. Предполагается, что изучение пока точно не установленных механизмов влияния алкоголя на настроение могло бы помочь в понимании этиологии заболевания.

По мере развития алкоголизма аффективные расстройства утяжеляются и видоизменяются: аутохтонные депрессивные фазы начинают преобладать над психогенными. Они бывают умеренными или слабо выраженными, протекают в виде стёртых или маскированных депрессий. Всё это осложняет и утяжеляет течение заболевания. Клинические наблюдения показывают, что аффективные расстройства тесно связаны с патологическим влечением к алкоголю. Они способствуют актуализации этого влечения, что в свою очередь провоцирует начало рецидива. В ряде случаев депрессивные состояния являются следствием оживления влечения к алкоголю. В последнее время в этиологии алкоголизма отмечают роль гипофории – скорее, отсутствие хорошего настроения, чем дисфории. Гипофория и депрессивные расстройства у женщин предшествуют и сопутствуют алкоголизму значительно чаще, чем у мужчин.

### *4. Повышенная уязвимость в отношении психотравм*

Наследственная отягощённость алкоголизмом, биологическая предрасположенность к нему, сочетающаяся с провоцирующими алкоголизацию микросоциальными воздействиями и способствующими ей личностными особенностями, представляются наиболее типичным комплексом причин формирования алкоголизма у женщин.

Традиции, обычаи, неблагоприятное алкогольное окружение имеют решающее значение в формировании алкоголизма у мужчин, но не у женщин. У последних на первое место выдвигаются психогении: конфликты в личной (семейной) жизни, смерть близких, одиночество после развода, которые создают напряжённость, побуждая к алкоголизации. У больных алкоголизмом сильно выражена тенденция использовать алкоголь как универсальное лекарство от всевозможных переживаний. Злоупотребляющие

алкоголем женщины, в отличие от не злоупотребляющих, отмечают более выраженное снижение тревоги при алкоголизации. Алкоголь помогает избавиться от беспокойства, подавленности и даже ощущения своего невежества. Осознание ответственности за злоупотребление алкоголем – одно из главных условий его прекращения. Возможно, объяснение и оправдание алкоголизации психотравмирующими обстоятельствами отражает непонимание больными его истинных причин, но оно может свидетельствовать также и о низкой фрустрационной толерантности, неспособности решать жизненные проблемы без иллюзорной помощи алкоголя.

#### *5. Влияние супружеского партнёра, злоупотребляющего алкоголем*

Известно, что у 70% женщин, страдающих алкоголизмом, мужа также являются алкоголиками, в то время как только у 10% мужчин-алкоголиков жёны также злоупотребляют спиртными напитками.

Был описан "феномен спаивания" мужьями своих жён, в основе которого лежит стремление ролевого выравнивания, придания однородности семейной системе. Алкогольная экспансия в отношении жены объясняется желанием мужа достичь духовного и сексуального единства в семье. Согласно этой концепции алкоголь является средством внутрисемейной адаптации.

#### *6. Влияние одиночества на алкоголизацию у женщин*

Замечено, что интенсивная алкоголизация у женщин часто бывает связана с состоянием привычного или фрустрационного одиночества, когда она теряет привычные социальные роли "хозяйки дома", половой партнёрши, матери семейства, работника производства в результате разводов, вдовства, выхода на пенсию, повзросления детей и ухода их из дома. Ролевая депривация сопровождается эмоциональной и коммуникативной, что является мотивом для создания "проалкогольного" общества.

#### *7. Большая взаимосвязь с профессиями*

Женщины, злоупотребляющие алкоголем, в большей степени обладают «проалкогольными профессиями», касающимися сферы обслуживания, строительства. Вместе с тем, в последние годы стал популярен алкоголизм у неработающих женщин с высоким материальным достатком.

### **Задания для самоконтроля**

1. Особенности алкоголизма у женщин.
2. Назовите ведущие факторы развития заболевания у женщин.

### **Роль ситуационно-личностных факторов в формировании и течении алкоголизма у женщин**

Длительное время в отечественной литературе доминировало мнение об особой злокачественности "женского" алкоголизма по сравнению с "мужским". Клинические его параметры, изученные большим числом исследователей, подтверждали это положение. Такой подход сформировал определённый фатализм в отношении к алкоголизму у женщин в лечебном и прогностическом плане, что искажало оценку этой проблемы не только как социально-биологической, но и индивидуально-психологической.

Однако В.Б. Альтшулер (1995) показал, что понятие абсолютной злокачественности женского алкоголизма довольно условно и в некоторой степени неудачно, так как, наряду с быстрым формированием одних синдромов (патологического влечения к алкоголю, абстинентного синдрома), у женщин нередко наблюдаются обычные темпы становления других синдромов. У значительного числа больных женщин выявляются мало- и среднепрогредиентный типы течения заболевания, длительные терапевтические ремиссии и хорошая социальная адаптация. Клиническое проявление заболевания в позднем возрасте может означать наличие скрытого периода его существования до явной манифестации алкогольной симптоматики или компенсированного в биологическом и социальном аспектах процесса. Во многих работах указывается на большую роль психотравм в клинике алкоголизма у женщин, существенно изменяющих алкогольную ситуацию, очевидно, что течение заболевания у них во многом определяется внешне-ситуационными воздействиями. В литературе выделены следующие ситуационные варианты формирования алкоголизма у женщин.

#### **1. Адаптационный вариант**

Адаптационный вариант начала систематической алкоголизации возникал при определённых ситуациях.

а) *Ситуация воздействия внешнесредовых факторов (алкогольные традиции в профессиональном коллективе), не воспринимавшихся как фрустрация*

У многих женщин, страдающих алкоголизмом, на этапе бытового пьянства или на начальной стадии заболевания выявлялись сходные мотивы употребления алкоголя: "неудобно было отказать" (сослуживцам, родственникам, соседям), "пила, чтобы поддержать компанию", "не хотела быть белой вороной", "угощала (родственников, знакомых), чтобы не обиделись". В этих случаях отмечалось стремление улучшить (или поддержать) межличностные отношения с окружающими путём участия в алкоголизации. При наличии стабильного "проалкогольного" микросоциума эпизодическое употребление алкоголя переходило в систематическое. Средовое воздействие обычно оказывалось в группах с развитыми алкогольными традициями.

б) *Ситуация наличия пьянства в семье*

Ряд больных женщин при описании начального этапа систематического употребления алкоголя утверждали: "пила, чтобы мужу меньше досталось", "пила с мужем, чтобы по друзьям не ходил", "думала, пусть лучше дома пьёт, чем на улице", "пила на равных, чтобы составить мужу компанию" и т.д. Добровольное участие в алкоголизации объяснялось адаптационными намерениями – в целях приспособления к ситуации пьянства мужа, являвшейся угрозой стабильности семьи, её существованию.

Как известно, поведение "жён алкоголиков" бывает разнообразным по своим проявлениям: в ряде случаев оно может быть обозначено как "копинговое", т.е. направленное на преодоление препятствия, "совладание" с ситуацией ("to cope" – преодолевать). Варианты такого поведения описаны в литературе: корпоративное поведение, защита мужа, реакции дистанцированности, "атакующее поведение", активизация деятельности вне семьи. В основе копинг-поведения лежит стремление сохранить контроль над ситуацией, а также консолидировать семью. В этих случаях наблюдалось патологическое, неконструктивное и неадекватное формирование поведенческих программ: с целью уменьшения морально-психологического и материального урона, наносимого пьянством мужа, в результате которого женщины переносили употребление алкоголя в собственную семью. Они становились добровольными собутыльниками своих мужей в надежде на разрешение таким путём

алкогольных проблем. Вместе с тем, следует отметить, что совместное употребление алкоголя супругами гармонизировало их отношения на тот или иной период времени, содействовало объединению супругов "за алкогольным столом". Этот вариант поведения жён являлся, по сути, адаптационной неудачей; однако нередко контуры семьи сохранялись – формировались "алкогольные семьи" с проалкогольной супружеской адаптацией.

*в) Ситуация нарушения супружеских взаимоотношений, разрешаемых с помощью алкоголя*

Эта патологическая форма адаптации женщин возникала при наличии "семейного невроза" (стойкого невротического стиля взаимоотношений супругов), который мог быть первичным и приводить к совместной алкоголизации женщин и их супругов с целью улучшения семейного микроклимата, а также вторичным, связанным с предшествующими алкогольными проблемами у мужей. Такие семьи относятся к категории "алкогольно-невротических" (см. в разделе «Алкоголизм у супругов»).

Отдельно следует упомянуть об алкоголизации женщин в ситуации нарушения межличностных взаимоотношений в семье при возникновении длительных ремиссий у мужей. В период злостного пьянства супругов употребление алкоголя женщинами достаточно систематическое, было компенсированным в медицинском и социальном плане. Однако после становления ремиссии у супругов отмечалась интенсификация пьянства у этих женщин и переход его в дезадаптивные формы.

Здесь имел место механизм дисстресса, развитие которого было связано с ситуацией достижения определённых целей, когда теряется необходимость в активных действиях в связи с их осуществлением (так называемые "болезни достижения"). Приложив немало усилий к "спасению" своих супругов, женщины по достижении этой цели "оказывались не у дел". Отношения супругов в этот период ухудшались, возникали новые проблемы, связанные с трезвенническими позициями мужей и их неприятием алкоголизации жён.

## **2. Субмиссивный вариант**

В основе этого ситуационного варианта лежит так называемый «феномен спаивания». Он имел место тогда, когда мужьями осуществлялось психологическое давление в виде частых

настоятельных предложений, уговоров либо насильственное вовлечение на фоне угроз, требования подчинения. Наиболее часто спаивание осуществлялось с целью поддержания общения с женой, получения в лице жены собутыльника, приобщения её к алкогольной системе ценностей, формирования супружеского единства, консолидации на алкогольной почве. Другим возможным мотивом могло стать стремление снизить психологическое напряжение во взаимоотношениях, гармонизировать межличностные и сексуальные отношения, то есть улучшить сексуально-психологическую адаптацию. В то же время в некоторых случаях мужья, злоупотребляющие алкоголем, спаивали не только своих жён, но и детей. Здесь указанная мотивация к "спаиванию", ранее выступавшая как попытка "межсупружеской адаптации", приобретала более широкий смысл: алкоголик стремился сформировать "свою компанию" из всех членов семьи.

Не все психологические механизмы "спаивания" доступны исследованию при вербальном контакте с больными, нередко такая мотивация бывает скрытой, неосознанной. Существует концепция системы «патологизирующих ролей в семье», которые оказывают психотравмирующее воздействие на её членов. "Спаивание" жены мужем-алкоголиком является одной из форм таких "патологизирующих ролей". Это происходит тогда, когда у мужа имеется патологическое влечение к алкоголю (неосознанное или осознаваемое, но вытесняемое и чётко не вербализованное), удовлетворение которого оказывается несовместимым с его нравственными установками. Для компенсации подобной фрустрации муж стремится обнаружить такой же "порок" у жены: на фоне злоупотребляющей жены его "дефект" не столь заметен; тем самым он добивается перераспределения семейных ролей, отводя негативное отношение от себя, уравнивая себя с другими членами семьи.

### **3. Фрустрационный вариант**

Вариант, при котором интенсивная алкоголизация женщин с переходом в клинически детерминированное заболевание возникала под воздействием психотравм. Это развод, измена супруга, увольнение с работы, тюремное заключение супруга или детей, смерть супруга, большие материальные потери, соматическое неблагополучие, инвалидизация. Их значимость оценивалась по характеру описания "реактивного" пьянства ("с горя начала пить",

"залила горе вином") или на основе объективного подтверждения факта усиления алкоголизации непосредственно после психотравмы.

#### **4. Депривационный вариант**

Этот вариант алкоголизма формировался и протекал в условиях одиночества. Термин "депривация" означает процесс лишения чего-либо (*privatus* – частный, лат.), а в данном случае – социально-психологическую изоляцию в результате одиночества. Одиночество возникало в связи с разводом, смертью супруга, его длительным тюремным заключением; одиночество, обусловленное отсутствием супруга, усугублялось уходом детей из родительского дома, выходом на пенсию. Психотравмирующее влияние одиночества у пациентов проявлялось в мотивации злоупотребления алкоголем: "пила с тоски", "пила, чтобы развеяться", – это мотивы, связанные с изменением психоэмоционального состояния; "пила за компанию", "вместе интереснее", – это коммуникативные мотивы; у части больных отсутствовали чёткие мотивы употребления алкоголя: "было как-то не по себе", "пила от нечего делать" – в этих случаях алкоголизация продолжалась без осознания её причин.

Одиночество может быть острым и хроническим. Острое одиночество выступает как явная психотравма; хроническое одиночество, не имея отчётливого свойства психогении, оказывает скрытое деструктивное действие. Алкоголь с его многообразными релаксационно-анксиолитическими, антидепрессивно-стимулирующими, манипуляционно-коммуникативными, иллюзорно-ролевыми свойствами являлся для женщин своеобразным "адаптогеном" – у них возникала патологическая деструктивная форма адаптации к условиям одиночества с помощью алкоголизации. Нередко одиночное запойное пьянство женщин являлось фасадом депрессивных расстройств.

#### **Задания для самоконтроля**

1. На чём основан адаптационный вариант формирования алкоголизма? Назовите подварианты.
2. Изложите особенности возникновения субмиссивного варианта.
3. Условия формирования фрустрационного варианта.
4. Ситуационная модель формирования депривационного варианта.

## АЛКОГОЛИЗМ У ПОДРОСТКОВ

Подростковый (пубертатный) возраст – это переход от детства к взрослости, период становления и формирования зрелого организма. По биологическим критериям, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, он охватывает года жизни от 12 до 16 лет. Токсическое воздействие алкоголя на организм подростка в несколько раз сильнее, чем на организм взрослого.

*1. Токсическое воздействие алкоголя на деятельность нервной системы.* Даже небольшие дозы алкоголя нарушают обмен в нервной ткани, передачу нервных импульсов.

Малые дозы патологически ускоряют процесс передачи возбуждения, умеренные – затрудняют его.

*2. Гепатотропный эффект алкоголя.* Алкоголь выступает как растворитель биологических мембран клеток печени, вызывая структурные изменения в них, дистрофические процессы с накоплением жира. Токсическое поражение клеток печени приводит к нарушению белкового и углеводного обмена, синтеза витаминов и ферментов.

*3. Токсическое действие на эпителии пищеварительного тракта,* что, в свою очередь, ведёт к нарушению переваривающей способности желудка и различным диспептическим расстройствам.

4. Нарушение усвояемости пищи неблагоприятно сказывается на росте и развитии подростка.

*5. Патогенное воздействие алкоголя на сердечно-сосудистую систему.* Неблагоприятно изменяется как ритм, так и частота сердечных сокращений, обменные процессы в мышце сердца. В настоящее время доказано прямое токсическое действие алкоголя на миокард путём глубокого нарушения обмена веществ в мышечных клетках миокарда.

### **Особенности формирования алкогольной болезни у подростка**

Подростковый алкоголизм характеризуется сочетанием черт злокачественности, проявляющейся в развитии его в сжатые сроки (в отличие от взрослых, алкоголизм у подростков формируется в три раза быстрее и, если подростки начинают пить в 15 – 17 лет, то заболевание возникает уже через 1 – 1,5 года), быстрым нарастанием социальной дезадаптации, но в то же время и относительно большей обратимостью симптомов. Сравнительно мало возрастает толерантность к опьяняющим дозам алкоголя, может сохраняться

защитный рвотный рефлекс на приём спиртных напитков. Нарушения характера, сходные с изменениями личности при алкоголизме взрослых, в случае прекращения алкоголизации в благоприятных условиях претерпевают обратное развитие. По имеющимся данным спустя 10 лет диагноз алкоголизма сохраняется лишь у 42,2% лиц, у которых он был установлен в подростковом возрасте.

У подростков "группы риска" ранний алкоголизм формируется у каждого четвёртого, и это происходит в ранние сроки – от 1 месяца до года от начала систематического употребления алкоголя.

Первые признаки синдрома зависимости появляются незаметно и бывают неотчётливыми. Формально считается, что если подросток в течение последних 6 – 8 месяцев 2 – 3 раза в неделю употребляет опьяняющие дозы алкоголя, то это может служить признаком алкоголизма.

Абстинентный синдром (синдром похмелья) распознать бывает нелегко, поскольку подростки начинают опохмеляться на ранних стадиях его развития, но не в силу непреодолимой потребности оборвать абстиненцию, а из подражания товарищам и соображений престижа в группе. Алкогольное опьянение становится наиболее желанным психическим состоянием, влечение к алкоголю испытывается в течение всего дня.

Существует этапность развития алкоголизма в этой возрастной группе.

*Первый этап* – начальный. Происходит своеобразная адаптация к алкоголю. Отрицательное влияние в этом периоде может сыграть микросоциальная среда, особенно семья, негативное школьное окружение. Продолжительность периода до 5 месяцев.

*Второй этап.* Продолжается до одного года, в это время происходит привыкание к более регулярному приёму спиртных напитков, растут доза и частота приёма алкоголя, но это ещё начальный период, когда прекращение употребления алкоголя может дать хороший результат.

*Третий этап.* Возникает психическое привыкание, которое может формироваться в течение нескольких месяцев, лет; подросток сам становится активным пропагандистом приёма алкоголя. Теряется контроль над употреблением спиртных напитков, это по существу начальная стадия хронического алкоголизма. Отмечено, что толерантность возрастает в 3 – 4 раза по отношению к первоначальным дозам.

*Четвёртый этап.* Хроническая стадия болезни, на которой сформирован похмельный синдром. Его особенностью является преобладание психического компонента.

Дальнейшее развитие болезни соответствует закономерностям, описанным у взрослых, лишь слабоумие (деменция) формируется быстрее и бывает более тяжёлым.

Подростковый алкоголизм характеризуется следующими специфическими особенностями:

1. Наличием ложной алкогольной симптоматики на начальном этапе формирования: ложного опохмеления (псевдоопохмеления), ложных запоев (псевдозапоев). Возникновение этих проявлений обусловлено традициями "взрослого" стереотипа употребления алкоголя, стремлением подростков его имитировать.

2. Сжатыми сроками формирования алкогольной симптоматики (3 – 5 лет), более злокачественным течением заболевания.

3. Ранним отставанием в психофизическом развитии – наличием личностного регресса, сочетающегося с отставанием в физическом развитии.

4. Наличием специфических подростковых психологических механизмов алкоголизации:

- имитации алкогольного опьянения, присущей детскому и подростковому возрасту;

- поиска социального одобрения в группе подростков; взаимоиндуцирования алкогольного опьянения, группового употребления алкоголя;

- "эмансипации" от женской роли при употреблении алкоголя девочками-подростками, демонстрации мужского стереотипа поведения (в частности, алкоголизации);

- сочетания алкоголизации с ранней подростковой сексуализацией.

### **Задания для самоконтроля**

1. Перечислите этапы формирования алкоголизма у подростков.

2. Объясните, какие специфические особенности подросткового алкоголизма существуют.

## АЛКОГОЛИЗМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Большинство исследователей разделяют пожилых, больных алкоголизмом, на две группы:

1. Группу больных, доживавших до старости, но начавших злоупотребление алкоголем в молодом и зрелом возрасте (2/3 всех больных алкоголизмом пожилого возраста).

2. Группу больных с поздним (после 50 лет) началом заболевания (1/3). В первом случае предлагают говорить об алкоголизме в позднем возрасте, а во втором – об алкоголизме позднего возраста. Основное различие приведённых групп касается их клинико-социальных характеристик. Если в первую группу входят больные II – III стадии алкоголизма, имеющие большую давность заболевания, многочисленные осложнения и последствия, то во вторую – больные с поздним дебютом, небольшим стажем, имеющим преимущественно I – II стадию заболевания.

Алкоголизм является важной общемедицинской, психиатрической и социальной проблемой пожилых людей, хотя его частота среди этого контингента ниже, чем среди более молодых групп населения. Среди лиц старше 65 лет частота алкоголизма составляет от 1 до 10%.

Начало систематического употребления спиртных напитков, в основном, совпадает со снижением ответственности больных на производстве, так как многие из них к этому времени "выработали" пенсионный стаж или стаж работы во вредных условиях и вследствие этого переходили на менее ответственные должности. Дети к этому времени приобретают самостоятельность и отделяются от родителей. Всё это обуславливает появление свободного времени, которое вследствие присущей им узости интересов они не могут адекватно использовать. Употребление алкоголя связано с резким изменением привычного жизненного уклада, потерей прочных социальных связей, особенно у одиноких пожилых, потерей близких и затруднением материальных связей, нарастающей социальной изоляцией и одиночеством, неудовлетворенностью прошлым и настоящим, разочарованностью и озлобленностью, физическим и психологическим дискомфортом. У больных, не занятых или частично занятых на производстве или в общественной сфере, часто встречаются запойные формы пьянства, развёрнутый абстинентный синдром и постоянное опохмеление.

Особенности позднего алкоголизма проявляются в изменении личности. Для большинства больных характерно постоянно пониженный фон настроения, иногда с брюзгливо-сварливым оттенком. Многие становятся крайне раздражительными и требовательными, капризными и демонстративными. У других появляется мелочность и меркантильность, злопамятность и обидчивость. Они высказывают много жалоб соматического характера, требуют от близких особого отношения к себе, диеты, режима и т.д. Характерно, что многие больные не связывают обострение соматической патологии с алкогольными эксцессами, а, наоборот, пытаются оправдать пьянство перед собой и окружающими, утверждая, что алкоголь благоприятно влияет на их здоровье.

Клинико-социальные проявления алкоголизма II и III стадии у лиц пожилого возраста с большой давностью заболевания характеризуются резким снижением переносимости алкоголя с предпочтением ординарных вин и пива водке и другим крепким спиртным напиткам. Больные пьют ежедневно в небольших дозах, реже и короче становятся запой; опьянение практически лишено привлекательности и эмоциональных оттенков; резко очерчены амнезии опьянения; полностью утрачены количественный и ситуационный контроль; удлиняется и утяжеляется абстинентный синдром; влечение на фоне нарастающего соматического неблагополучия может постепенно угасать; возникает асоциальное поведение, грубая психопатизация личности и нарастающий психоорганический синдром.

Анализируя особенности развития алкоголизма у женщин пожилого возраста, можно отметить, что наследственная отягощённость к алкоголизму у них встречается сравнительно редко, преморбидная структура содержит преимущественно epileptoидные и астеносенситивные черты, имеется высокая частота соматических и неврологических заболеваний, большая длительность периода эпизодического употребления алкоголя. Формирование алкоголизма у половины больных происходит в климактерическом периоде или в периоде менопаузы. Преобладает псевдозапойная форма злоупотребления алкоголем. Редко наблюдается утрата ситуационного контроля, в структуре абстинентного синдрома содержится симптоматика соматических заболеваний и климакса, сравнительно долго отсутствует социальное снижение. Лечение пожилых больных

алкоголизмом в 1/2 – 2/3 случаев даёт стойкие и длительные ремиссии.

Специфическими особенностями алкоголизма в пожилом возрасте являются:

- наличие аффективных нарушений депрессивного плана в клинике заболевания;
- более выраженные соматические расстройства, вызванные алкоголизацией;
- возможные спонтанные (самопроизвольные) ремиссии в результате ухудшения соматического состояния;
- протрагированное (затяжное) течение алкогольных психозов, их хронизация;
- течение алкоголизма под "фасадом" соматической патологии;
- умеренная выраженность социальной дезадаптации вследствие ограничения социальной активности в пожилом возрасте.

### **Задания для самоконтроля**

1. Перечислите специфические особенности алкоголизма в пожилом возрасте.
2. Особенности изменений личности больных на поздней стадии алкоголизма.

## **АЛКОГОЛИЗМ У СУПРУГОВ**

Супружеский алкоголизм – проблема малоизученная и достаточно актуальная. Его рост, вероятно, косвенно связан с ростом женского алкоголизма. Для более чёткого отграничения понятия «супружеского алкоголизма» от ряда других необходимо ещё раз уточнить дефиниции.

«Семейный алкоголизм» – наличие алкоголизма у родителей и детей, переход «родительских» форм употребления алкоголя к детям, что обусловлено не только наследственно биологическими факторами, но и средовыми-семейными.

«Алкогольная семья» – наличие алкоголизма у одного из супругов, возникновение у другого супруга «психологической созависимости»; алкогольные проблемы становятся стержневыми и определяют поведение и деятельность всей семьи.

«Супружеский алкоголизм» – наличие алкоголизма у обоих супругов, возникновение «психобиологической созависимости»,

трансформация заболевания из индивидуально-личностного в парно-групповое-супружеское.

Несмотря на теоретически малую вероятность возникновения алкоголизма сразу у обоих супружеских партнёров, такие случаи в практике довольно часты. Вероятно, здесь наблюдается не просто совпадение заболевания у супругов, а взаимное влияние, усиление.

При наличии супружеского алкоголизма нами выдвинуты три концептуальные модели его формирования.

1. Изначальный выбор будущего супруга-алкоголика женщиной, выходящей из «алкогольной родительской семьи».

2. Алкоголизация супругов как проявление патологической семейной адаптации.

3. Явление спаивания одним супружеским партнёром, страдающим алкоголизмом, другого – интактного.

Рассмотрим эти возможные варианты формирования алкогольных супружеских пар.

### **1. Выбор супругов – этап формирования алкогольной брачной пары**

Проблема выбора супружеского партнёра, страдающего алкоголизмом, широко дискутировалась с середины 40-х годов. Существуют следующие гипотезы, предложенные в англо-американской литературе, о которых речь шла в первой лекции.

«Гипотеза нарушенной личности», согласно которой женщина – будущая жена алкоголика – является неадекватной, зависимой личностью, ищущей в браке возможность реализации неосознаваемых потребностей. Эта гипотеза считает основой «алкогольного брака» совпадение у супругов личностных проблем, своеобразную «закомплексованность» будущих супругов.

«Гипотеза доминирующей личности», согласно которой «жёнам алкоголиков» приписывается склонность к доминированию, подсознательное стремление к закреплению пороков у мужа для сохранения лидирующих позиций в семье.

В «Гипотезе декомпенсации» предполагалось, что при попытке мужа-алкоголика прекратить пьянство у жены наступает личностная декомпенсация, и поэтому она подсознательно саботирует стремление супруга начать трезвую жизнь.

В этих представлениях основной акцент делался на процессе выбора супруга, основанного на индивидуально-личностных

проблемах женщин. Не учитывались личный противоалкогольный опыт (или опыт их родителей), а также их участие в системе парного взаимодействия «муж-алкоголик – жена». Вместе с тем, наряду с семьями, в которых страдает алкоголизмом только один супруг, существует множество семей, в которых оба супруга являются больными алкоголизмом. Возникший термин «ассортативность» алкогольных браков имеет двоякий смысл. Напомним, ассортативность браков по какому-либо заболеванию (например, алкоголизму) – это накопление случаев данного заболевания у родственников каждого из супругов. Более широкий психологический смысл термина заключается в подсознательном выборе супружеских партнёров по алкогольному признаку. Возникли даже представления о том, что выбор супруга-алкоголика женщиной осуществляется в результате подсознательного отрицания жёсткого холодного поведения матери и сочувствия мягкому, безвольному отцу-алкоголику. В этой гипотезе делается попытка включения индивидуума в систему семейных (а данном случае – родительских) отношений. Можно предположить, что существующие модели семейного патологического реагирования, унаследованные взрослыми детьми алкогольных пробандов, являются базой для переноса алкоголизма в следующие поколения.

Наконец, в «Системных теориях», которые развивались Р. Steinglass с коллегами, утверждалось, что семейные процессы и «алкогольная система» взаимосвязаны – супружеская пара отвечает на пьянство в форме, адекватной для семьи.

Изучение этого вопроса Шайдуковой Л.К. показало, что ассортативность алкогольных браков обусловлено различными вариантами выбора супруга.

1. Выбор супруга с алкогольными привычками вследствие расширения диапазона приемлемости употребления алкоголя, снижения сопротивления алкоголизации.

2. Выбор супруга с алкогольными привычками из алкогольного окружения.

3. Выбор супруга с алкогольными привычками в результате сформировавшихся у женщин стереотипов супружеского поведения.

4. Выбор супруга с алкогольными привычками в соответствии с родственными чертами характера.

## **2. Алкоголизация супругов как проявление патологической семейной адаптации**

При изучении вышеописанных супружеских пар было обнаружено, что у супругов из этих семей возникали сходные мотивы алкоголизации, которая часто была обоюдной, совместной. Так, в алкогольно-социопатических семьях преобладала эйфоризирующе-стимулирующая мотивировка пьянства – алкоголь служил привычным допинговым средством. В алкогольно-невротических семьях, когда «семейный невроз» был первичным, преобладала релаксационно-коммуникативная мотивировка употребления алкоголя супругами – алкоголь являлся средством устранения постконфликтного напряжения, улучшения межличностного взаимодействия. В случаях, когда нарушения семейных отношений были вторичными, связанными с алкоголизмом одного из супругов, мотивы алкоголизации другого супруга были сугубо личностными. Наконец, в алкогольно-олигофреноподобных семьях преобладала псевдотрадиционная и адаптационная мотивировка – супруги употребляли спиртные напитки для сохранения и укрепления алкогольных традиций, а женщины – для улучшения семейных отношений.

## **3. Явление «спаивания» как возможность формирования супружеского алкоголизма**

У женщин, страдающих алкоголизмом, состоящих в браке с больным алкоголизмом в настоящее время или в прошлом, был выявлен так называемый феномен «спаивания» – принуждения к выпивке мужьями-алкоголиками. Этот феномен отмечался только в начале употребления алкоголя женщинами, когда у их супругов уже была сформирована алкогольная зависимость. Наряду со стремлением гармонизировать супружеские отношения, консолидироваться на алкогольной почве, создать в лице жены собутыльника, существовала и другая, не всегда осознаваемая мотивация «спаивания».

Здесь уместно вспомнить концепцию «патологизирующих ролей» в семье, оказывающих психотравмирующее действие на её членов. Спаивание жены мужем-алкоголиком, вероятно, одна из форм подобных «ролей». При наличии у мужа патологического влечения к алкоголю, несовместимого или мало совместимого с его нравственными представлениями, возникает фрустрация, для

компенсации которой супруг старается создать такой же порок у других членов семьи, так как на фоне злоупотребляющей жены этот дефект не столь заметен. В результате спаивания негативный социальный облик переходит к другому члену семьи, тем самым смещается негативное отношение, перераспределяются семейные роли.

Выделены следующие клинико-типологические их разновидности: алкогольно-социопатический, алкогольно-невротический, алкогольно-олигофреноподобный тип семьи.

**Алкогольно-социопатический** тип характеризуется грубым нарушением социально-общественных норм поведения. Формирование брачной пары в большинстве случаев происходило в алкогольной среде (дворовые, уличные компании по месту жительства). Для этих пар была характерна обоюдная ранняя алкоголизация, быстрое формирование изменённых форм опьянения, изначальное стремление к групповым формам употребления алкоголя, нарушение поведения в состоянии опьянения с психопатоподобными проявлениями. При небольшом супружеском и алкогольном стаже социопатия у супруга (мужа) проявлялась в виде чисто поведенческих нарушений: возбудимости, агрессивности, нетерпимости к любому контролю, демонстрации своей неподчиняемости, оппозиционности поступков, что вело к асоциальности в быту (публичным цинично-бранным высказываниям, разрушительным действиям, гетероагрессии в виде хулиганства с применением силы).

**Алкогольно-невротический** тип характеризуется сочетанием алкоголизма и психогений. Эти семьи можно было бы назвать "проблемными", но проблемы возникали не из-за нарушения социальной адаптации, которая даже при длительном злоупотреблении сохранялась, а из-за межличностных внутрисемейных отношений. Последние либо изначально были стрессовыми, либо становились таковыми в результате злоупотребления алкоголем одним из супругов.

При изначальных нарушениях семейных отношений, когда семейная дисгармония была первичной и характеризовалась наличием постоянных конфликтов, алкоголь служил супругам средством устранения постконфликтного напряжения, облегчая

коммуникации и смягчая сексуальные контакты. Внешняя тематика конфликтов была разнообразной и касалась распределения супружеских ролей, способа ведения хозяйства, финансовых вопросов, воспитания детей, продвижения по службе. В последующем при употреблении алкоголя наблюдался парадоксальный на первый взгляд феномен: несмотря на возникновение у супругов серьёзной проблемы – алкоголизма, отношения в семье временно улучшались. Это объясняется тем, что супруги консолидировались на алкогольной почве: исчезал психологический диссонанс при совместном употреблении алкогольных напитков, появлялась "взаимовыручка" при абстинентных явлениях. Алкоголь служил средством для снятия постконфликтного напряжения и улучшения межличностного взаимодействия, то есть преобладали релаксационно-коммуникативные мотивы употребления алкоголя. Сексуальная дисгармония, отмечавшаяся ранее, либо исчезала, либо переставала быть стрессогенной. Однако по мере утяжеления клинической картины алкоголизма, появления запойных форм пьянства согласованность, достигнутая на начальных этапах, исчезала, заменяясь более грубой дисгармонией.

В случаях, когда нарушения семейных отношений были вторичными, связанными с алкоголизмом одного из супругов, картина была несколько иная. Причиной невротических расстройств был алкоголизм мужей, но инициаторами невротического стиля отношений были "непьющие" жёны, которые на начальных этапах боролись с пьянством мужей. Причины последующей алкоголизации жён были разными: ощущение безысходности ситуации, своеобразный психологический надлом, реакция протеста ("хуже не будет", "назло ему"), стремление наказать мужа своим собственным пьянством и т.д. Алкоголизм мужей изменял психологический облик их жён, систему ценностей – появлялись патологические формы реагирования, одной из которых становился поздний женский алкоголизм. Таким образом, в этих случаях преобладала сугубо личностная мотивация пьянства. Примечательно, что при серьёзном злоупотреблении алкоголем женой у супруга-алкоголика прогрессивность заболевания заметно снижалась.

**Алкогольно-олигофреноподобный** тип характеризуется "недоразвитостью" у супругов всех сфер: интеллектуальной,

мыслительной, эмоциональной, а также восприятия. Минимальный словарный запас, преобладание в лексиконе нецензурных слов-связок, отсутствие знаний, узкий кругозор, банальность, трафаретность мышления, своеобразная эмоциональная упрощённость, т.е. отсутствие сложных эмоций: печали, грусти, иронии, изначально грубый, проалкогольный юмор, лёгкость актуализации низших эмоций, неоформленность высших эмоций и влечений – вот далеко не полная характеристика супругов. Олигофреноподобные черты наиболее выпукло проявлялись у мужей, в меньшей мере – у жён. Последние являлись бездуховными, социально пассивными, внушаемыми, порой суеверными, часто слабовольными и зависимыми, оправдывающими бытовое определение "недалёких". Отсутствие невротических, психопатических черт или даже каких-либо акцентуаций характера не даёт права называть эти пары гармоничными. Отмечалась своеобразная деструктурированность – отсутствие смысловой наполненности, глубокого содержания поступков, упрощённость мотивов, примитивность побуждений.

Начальная алкоголизация в семье была вызвана подчинением определённым стандартам, соблюдением алкогольных традиций. Употребление алкоголя жёнами практически всегда накладывалось на пьянство мужей и во многих случаях было вынужденным (уговоры, принуждение супруга), однако основной причиной начальной алкоголизации жен являлось наличие пассивно-зависимых черт в характере женщин, способствующих облегчённому принятию алкогольной "программы".

Исследование супругов, имеющих определённый алкогольный стаж, выявило наличие феномена "ложной деградации", когда больные алкоголизмом супруги казались рано деградировавшими личностями, хотя предпосылки алкогольных изменений личности отмечались уже в начале злоупотребления алкоголем.

### **Задания для самоконтроля**

1. Назовите концепции формирования алкогольных семей.
2. Различия между «алкогольной семьёй», «семейным алкоголизмом», «супружеским алкоголизмом».
3. Особенности алкогольно-невротических семей.
4. Особенности алкогольно-социопатических семей.
5. Особенности алкогольно-олигофреноподобных семей.

## ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

### АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ

*Делирий* – галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, чувственного, образного бреда, двигательного возбуждения. В клинике белой горячки можно выделить 3 стадии.

*Первая стадия* проявляется своеобразным комплексом эмоционального и психомоторного оживления:

- к вечеру или к ночи у больных появляется общая взбудораженность, говорливость, непоседливость;
- настроение изменчивое – приподнятый фон настроения легко сменяется тревогой, подавленностью, беспокойством, капризностью;
- отмечается повышенная чувствительность к внешним раздражителям: свету, звуку, запаху, прикосновениям – гиперестезии.

*Вторая стадия* характеризуется возникновением зрительных иллюзий – ложного, ошибочного восприятия реальных предметов, при котором отражение реального объекта сливается с болезненным представлением. Например, собственное пальто, висящее в тёмном углу, воспринимается как грабитель. При контроле со стороны больного иллюзии исчезают.

В других случаях иллюзии принимают форму парейдолий – иллюзий фантастического содержания, например, вместо узоров на ковре, трещин на стенах, светотеней, больной видит живые существа, сказочные картины.

Появляются гипнагогические галлюцинации – зрительные образы, возникающие непроизвольно перед засыпанием.

*Третья стадия* характеризуется следующими признаками:

- возникают истинные зрительные галлюцинации. Они могут быть элементарными, бесформенными – вспышки света, тени, пламя, дым, туман (фотопсии, фосфены), или в виде зрительных образов.

- Наблюдаются нарушения ориентировки во времени, ложная ориентировка в месте, но ориентировка в собственной личности сохраняется. Преобладают подвижные микрооптические зрительные галлюцинации зооптического содержания (насекомые, змеи, животные).

- Возможны слуховые, обонятельные, тактильные галлюцинации (шорохи, музыка, брань, кусание, ощущение нитей, волос во рту), но они никогда не выступают на первый план.

В состоянии алкогольного делирия больным легко внушить галлюцинаторные образы. Так, при надавливании на глазные яблоки и соответствующем внушении можно вызвать зрительные галлюцинации. Это наблюдается не только на высоте делирия, но и в начале, а также в первые дни после выхода из психоза (симптом Липмана). На чистом листе бумаги при соответствующем внушении больной видит буквы, слова, рисунок и т.п. (симптом Фей-Хардта), разговаривает по телефону, отключённому от сети (симптом Ашаффенбурга).

При белой горячке больной всегда остаётся заинтересованным зрителем, на всё происходящее вокруг реагирует мимикой, жестами. Преобладает двигательное возбуждение с бегством, стремлением спрятаться, спастись. Речь состоит из отрывочных фраз. Возникает острый чувственный бред преследования, реже эротический или ревности.

Все симптомы делирия усиливаются вечером или ночью, иногда днём они исчезают. Продолжительность алкогольного делирия от 2 до 8 дней. Выздоровление наступает после глубокого сна.

При неблагоприятном течении психоз может углубиться, переходить в стадию профессионального и мусситирующего делирия, это варианты тяжёлых делириев:

*1. Профессиональный делирий* характеризуется преобладанием однообразного двигательного возбуждения в форме привычных, выполняемых в повседневной жизни действий: еда, питьё, уборка или же действий, имеющих отношение к профессии больного, – шитьё, работа на кассовом аппарате и т.д. Речевой контакт с больным часто невозможен, реже удаётся получить односложный ответ.

*2. Мусситирующий делирий* (бормочущий, тихий, шепчущий) характеризуется двигательным возбуждением в пределах постели с преобладанием некоординированных, однообразных действий. Больные что-то снимают, стряхивают, ощупывают, хватают. Речь представляет собой тихое невнятное бормотание с произношением отдельных слов, слогов, междометий. Больные полностью отрешены от окружающего мира, контакт с ними невозможен.

При тяжёлых формах отмечается резкая общая ослабленность, цианоз губ, верхних частей тела.

Помимо тяжёлого и классического делирия, выделяют варианты лёгких редуцированных делириев:

1. *Гипнагогический делирий* – наплыв сценopodobных, гипнагогических галлюцинаций по вечерам, перед засыпанием. При закрытых глазах появляются устрашающие картины; при открытых глазах – вначале могут быть иллюзии, например, в тёмном углу комнаты видится фигура человека, в посторонних звуках слышатся оклики и отдельные голоса. Затем иллюзии могут становиться множественными, больным видятся на стенах, потолке целые картины, чаще фантастического содержания.

2. *Делирий без делирия* (синдром дрожания) – характеризуется резко выраженным тремором всего тела, растерянностью, тревогой, двигательным возбуждением со стремлением куда-то бежать.

3. *Абортивный делирий* – кратковременный делирий, продолжительностью не более одних суток.

Выделяют также варианты смешанных делириев, к ним относят: *систематизированный делирий* – с преобладанием сценopodobных зрительных галлюцинаций и образного бреда с тенденцией к систематизации, а также *делирий с выраженным вербальным галлюцинозом*.

К атипичным вариантам делирия относят: *алкогольный онейроид*, который проходит 3 этапа развития:

1. Инициативный период с гипнагогическими переживаниями, когда при закрытых глазах происходит нарушение ориентировки в месте и времени.

2. На 1 – 2 день наступает этап ориентированного онейроида, заключающегося в нескольких сценopodobных картинах, связанных между собой одной канвой содержания.

3. На 2 – 3 день наступает истинный онейроид с отрешённостью от действительности, полным нарушением самосознания.

Алкогольный онейроидный синдром включает в себя различные феномены абортивного синдрома Кандинского – Клерамбо, в основном, это сенсорные и моторные, психические автоматизмы:

- сенсорные автоматизмы фантастичны, больные доказывают, что на них действуют лучами, электромагнитными волнами, гипнозом;

- моторные психические автоматизмы выражаются в том, что больным кажется, что их лишают возможности говорить, двигаться или, наоборот, заставляют выполнять какие-то двигательные акты.

У больных с делирием своеобразно нарушается ориентировка. Это может быть дезориентировка во времени, месте, собственной личности.

Одним из постоянных признаков алкогольного делирия является тремор рук или всего тела, нистагм. Соматически, помимо физического истощения и обезвоживания организма, часто обостряются заболевания печени, сердца, лёгких, встречаются пневмонии, дисфункция кишечника.

Окончание психоза чаще всего происходит критически после сна. Средняя продолжительность психоза 3 – 5 дней, но болезнь может затянуться и до двух недель.

### **Задание для самоконтроля**

1. Дайте определение термину «алкогольный делирий».
2. Какие стадии алкогольного делирия существуют?
3. Назовите варианты алкогольного делирия.

## **АЛКОГОЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ**

Термин "алкогольный галлюциноз" введён в 1900 году Вернике. Алкогольные психозы, протекающие преимущественно с вербальными галлюцинациями, которые до этого определяли разными терминами, он объединил в единую нозологическую группу и дал описание психического расстройства, характеризующегося слуховыми галлюцинациями угрожающего, оскорбительного характера, аффектом страха и отдельными бредовыми идеями.

В отличие от белой горячки, которую довольно быстро признали самостоятельной разновидностью алкогольных психозов, длительное время отсутствовало единое мнение относительно нозологической принадлежности острого галлюциноза, развивающегося у больных, страдающих алкоголизмом. Ряд авторов рассматривал его как сочетание алкогольной интоксикации с шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, параноидным предрасположением, эпилепсией.

В противоположность этой точке зрения многие отечественные психиатры считали алкогольный галлюциноз самостоятельной разновидностью психозов, не имеющей отношения ни к шизофрении, ни к другим эндогенным заболеваниям.

Различают следующие варианты алкогольных галлюцинозов.

### **Острый алкогольный галлюциноз**

Острый галлюциноз возникает в состоянии похмелья, которое часто протекает тяжелее, чем обычно. Психоз может начаться с делириозных расстройств, элементарных обманов восприятия, но чаще всего с внезапных словесных галлюцинаций. Вначале больной слышит постоянно звучащие голоса одного или двух человек. Пока их содержание не касается непосредственно больного, поведение его не меняется. Вместе с тем возникает аффект любопытства, недовольства, возмущения, удивления или недоумения, стремления обнаружить те лица, чьи голоса слышатся. На высоте психоза вербальный галлюциноз сочетается с более или менее систематизированным бредом. Преобладает аффект страха, тревожного напряжения, ожидания, тоскливости. Ориентировка во времени и обстановке не нарушается.

Сценические вокальные галлюцинации отличаются чувственной яркостью, разнообразной тональностью, множественностью, комментирующим характером, повторяемостью слов и фраз. Голоса комментируют ощущения и движения больных, их прошлые и настоящие поступки, намерения и мысли, иногда появляются и тактильные галлюцинации. Больной слышит эмоционально насыщенные диалоги с упоминанием о нём в третьем лице. Содержание голосов сводит к угрозам, издевательским насмешкам. Временами возникает состояние галлюцинаторной отрешённости с двигательной заторможенностью, доходящей до полной обездвиженности. Обилие обманов восприятия сопровождается появлением лёгких нарушений сознания, выражающихся в расстройствах внимания, ассоциативных процессах и, в частности, амнезии реальных событий.

Исчезновение симптоматики происходит постепенно или крайне быстро после многочасового сна. Вначале нормализуется аффективная сфера, затем исчезают галлюцинации, патологические ощущения, бред. Длительность острого галлюциноза не превышает 4 недель.

### **Гипнагогический алкогольный галлюциноз**

Это наиболее частая форма abortивного острого алкогольного галлюциноза, отличается тесной связью с алкогольной абстиненцией и агрипническим синдромом.

Грубых неврологических нарушений нет, что отличает этот период от продромального периода делирия, при котором всегда

выявляется яркая неврологическая симптоматика. Психические нарушения периода предвестников представляются в большей мере эмоционально-аффективными проявлениями гипотимического и дистимического круга. Переход от периода предвестников к психозу осуществляется двумя путями.

1. Постепенное нарастание беспокойства, тревоги, подозрительности, которые ещё не лишают больных возможности корректировать своё поведение. Кроме того, они не сочетаются с витальным, безотчётным страхом и болезненной психопатологической переработкой действительности. Нарушения постепенно нарастают, достигая лёгкой кратковременной ажитации, после которой возникает качественно иное психотическое состояние.

2. Аффективная напряжённость развивается неожиданно быстро и бывает более выраженной и поэтому психоз в данных случаях возникает остро, на внешне "благополучном" фоне. Однако, несмотря на различные пути продромального периода, динамика формирования психопатического состояния довольно однотипна.

На фоне тревожной напряжённости, как правило, вечером при попытке заснуть у больного внезапно возникают слуховые галлюцинации. Это обычно неразвёрнутые, отдельные фразы, "оклики", которые, возникая неожиданно, вызывают у больного страх, нарастающий по мере продолжения галлюцинаций. При повторении галлюцинаций, они усложняются, приобретают характер оскорбляющего или унижающего больного монолога. В преобладающем большинстве голоса отличаются исключительно неприятным, угрожающим, оскорбляющим содержанием.

Несмотря на непродолжительность галлюцинаций и их возникновение только при попытке заснуть, содержание слуховых обманов создаёт впечатление целых законченных сцен, а яркость и эмоциональная их насыщенность полностью определяют поведение больных. Больные активно "участвуют" в разыгрывающихся галлюцинаторных сценах, отвечают голосам.

Важно, что подобные состояния, возникающие только при закрывании глаз, обычно сопровождаются потерей ориентировки во времени и окружающем мире, однако уже через 1 – 2 минуты, наряду с восстановлением ориентировки в месте и времени больные переключаются на реальную обстановку с критической оценкой происходящего. Слуховые гипнагогические галлюцинации, независимо от их содержания, не подвергаются интерпретации и бре-

довой переработке. Они существуют как самостоятельное патологическое явление. Гипнагогические галлюцинации имеют характерные особенности: голоса, прерванные открыванием глаз, получают дальнейшее развитие при их закрывании, представляя собой по содержанию развитие предыдущей темы. Описанные состояния возникают только ночью и от нескольких часов до двух суток. У большинства больных гипнагогический галлюциноз в дальнейшем не переходит в развёрнутое состояние вербального галлюциноза, а обрывается критически.

Следовательно, эта картина кратковременного психотического состояния по своему развитию должна быть отнесена к незавершённым "абортивным" психозам в рамках острого алкогольного галлюциноза.

### **Транзиторный алкогольный галлюциноз**

Нередко при остром алкогольном галлюцинозе удаётся выделить формирование определённого, вполне очерченного психопатологического синдрома.

Критерием выделения является кратковременность течения данного галлюциноза (от нескольких часов до суток), что позволяет отнести его к транзиторным состояниям. При этом часто наблюдаются основные психопатологические проявления синдрома вербального галлюциноза, который в большей или меньшей мере отражает целостную картину галлюциноза и обрывается на высоте развития. Такое психотическое состояние развивается обычно в результате выраженных нарушений.

На высоте эмоционального напряжения, характерного для абстинентного состояния, остро возникают вербальные галлюцинации оскорбляющего, угрожающего или эротического характера, которые отличаются множественностью и носят характер наплыва слуховых галлюцинаций, обладающих яркими свойствами реальности. Содержание слуховых обманов нередко близко к действительности. Галлюцинации приводят к острому нарастанию аффективной напряжённости, страха, тревоги. У части больных страх составляет основу психоза, заслоняя вербальный галлюциноз, хотя и "питается" слуховыми обманами, на высоте которых возникает яркий, чувственный бред преследования. Сознание не нарушено, ориентация сохранена. При транзиторном алкогольном галлюцинозе психопатологические переживания почти полностью сохраняются в

памяти больного, что представляет существенное отличие от транзиторного алкогольного делирия, где многие переживания забываются.

Особенность транзиторного алкогольного галлюциноза – это развитие психоза, определяющегося быстрым темпом формирования чётко очерченного синдрома вербального галлюциноза без определённого этапа предвестников и этапом элементарных иллюзий и отдельных галлюцинаций.

### **Атипичные галлюцинозы**

Атипичные галлюцинозы сопровождаются появлением кратковременного ступора или выраженной депрессии.

Ступор с оцепенением длится всего несколько часов, дальнейшее течение психоза обычное. При выраженной депрессивной симптоматике отмечается двигательная и идеомоторная заторможенность, депрессивный бред, обвиняющее и осуждающее содержание галлюцинаций, тоска с чувством безысходности. Синдром вербального галлюциноза остаётся неразвёрнутым. Сочетание симптоматики делирия и галлюциноза выражается в чередовании тех и других проявлений.

Клиника алкогольного галлюциноза порой весьма сложна, а отнесение заболевания к делирию или галлюцинозу весьма условно.

### **Хронический алкогольный галлюциноз**

Хронический алкогольный галлюциноз встречается редко. Вербальные галлюцинации часто возникают после периода тревожно-боязливой настроенности. Клиническая картина очень похожа либо на делирий с обильными слуховыми обманами восприятия, либо на атипичный делирий. Выделяют стационарную и прогрессивную формы. При стационарной форме доминируют вербальные галлюцинации, а бред редуцируется. При прогрессивной форме медленно нарастает органическое слабоумие и формируется систематизированный бред, различные автоматизмы (истинные сенсорные, идеомоторные, моторные, внушённые чувства и сновидения), парафреническая симптоматика. Обострение вызывается злоупотреблением алкоголя, перенесёнными инфекционными заболеваниями.

Симптоматика их напоминает острый галлюциноз или галлюциноз с делириозными включениями, то есть с симптомами,

характерными для делирия, зрительными галлюцинациями, помрачнениями сознания и т.д. Вне обострения поведение больного остаётся упорядоченным и некоторые больные, несмотря на многолетнее существование галлюциноза, сохраняют трудоспособность.

### **Задания для самоконтроля**

1. Дайте определение понятию «алкогольный галлюциноз».
2. Какие варианты алкогольного галлюциноза вы можете назвать?

## **АЛКОГОЛЬНЫЙ БРЕД РЕВНОСТИ**

Алкогольный бред ревности, относящийся к хроническим алкогольным психозам и возникающий при развёрнутой и конечной стадии алкоголизма, в своём развитии имеет следующие стадии формирования.

*Первая стадия* алкогольного бреда ревности. Эта стадия характеризовалась особенно активным поведением больных, направленным на разоблачение жены и установление "фактов измен". Однако причина такого поведения кроется не в том, что больные сомневаются в супружеской верности жены и хотят либо получить доказательства, либо отказаться от сомнений; они стремятся лишь к подтверждению своей непоколебимой убеждённости в неверности жены как средству отстаивания собственной идеи. В их переживаниях звучат мотивы не просто измен жены, но и "развратного" поведения, выраженной сексуальной распущенности, то есть переживания и высказывания больных подчинены содержанию "первичной фабулы", с возникновением которой и начинается развитие бредовой системы, бредового синдрома.

Агрессивные действия чаще совершаются в состоянии алкогольного опьянения. Эта стадия является психотической стадией алкогольного бреда ревности с отчётливо выраженной борьбой за концепцию бреда, то есть стадией, вообще характерной для паранойальных бредовых состояний разного генеза и содержания. Однако несмотря на то, что перечисленные варианты бредовых высказываний были связаны с "первичной фабулой" и характеризовались цинично обнажённым сексуальным содержанием, всё же они ограничивались вербальными структурами "малого масштаба", отражающими

конкретные притязания и лишёнными нелепых, умозрительных "нагромождений".

Информация в плане перечисленных высказываний симптоматически чёткая, ей присуща одинаковость формулировок, она может быть выявлена у большинства больных при достаточно вдумчивом и обстоятельном исследовании их психического статуса, содержания бредовых переживаний.

*Вторая стадия* алкогольного бреда ревности. Начиная с этой стадии, отмечается более прогрессивное развитие бредовых интерпретаций и расширение круга лиц, включаемых в бред. Больные продолжали заниматься "разоблачением" жён, прибегая к своеобразным "детективным приёмам". На II стадии "алкогольной паранойи" наблюдается целый ряд отчётливо выраженных проявлений расширения бреда, его систематизации, дальнейшей "логической" разработки фабулы в виде различных сюжетных направлений, то есть можно говорить о вербализации бреда. Рассматриваемые проявления бреда ревности, типичные для II стадии психоза, несмотря на отсутствие явно нелогичных умозаключений, в силу примитивности высказываний и особенно типичных проявлений бредового поведения, характеризовавшихся стереотипностью, ритуальностью, агрессивными тенденциями, довольно быстро наводили жену и окружающих на мысль о психическом заболевании.

*Третья стадия* алкогольного бреда ревности. Бредовая система становилась все более примитивной, утрачивалось разнообразие интерпретаций. Бредовые высказывания сводились зачастую к стереотипным утверждениям. У больных исчезали склонность к разоблачению жены, слежка за нею. Бред ревности как бы останавливался в своём развитии и даже в определённой степени редуцировался. Это в полной мере соответствует психическому облику больных на III стадии алкогольной паранойи с явлениями алкогольной деградации, доходившей подчас до органического слабоумия. Особенно резкие проявления такого рода наблюдались у больных с очень большим "стажем" алкоголизма. У некоторых из них в анамнезе отмечались различные формы органического поражения головного мозга. В то же время аффект таких больных не отражает каких-либо глубоких, тонких и сложных, индивидуально различных эмоциональных реакций.

В отличие от доминирующих, или сверхценных, идей ревности алкогольный бред ревности имеет следующие особенности:

- частое сочетание с сексуальными нарушениями (половой слабостью);
- полная некорректируемость бредовых идей;
- нелепая и вычурная система доказательств "неверности" жён;
- возникновение на высоте бредового аффекта слуховых и зрительных иллюзий (тени "соперника", звуки "поцелуев" и т.д.), бредовых конфабуляций (фантазирование на сексуально-эротическую тему);
- психологическая обнажённость интимных подробностей, мнимых измен, стремление демонстрировать их окружающим;
- крайний примитивизм высказываний, связанный с общим алкогольным снижением личности;
- социальная опасность бредовых идей на начальном этапе и выхолащивание эмоционального компонента – на конечном.

### **Задания для самоконтроля**

1. Перечислите этапы формирования алкогольного бреда ревности.
2. Чем обусловлена специфика бреда ревности у больных алкоголизмом?

## **КОРСАКОВСКИЙ ПСИХОЗ И БОЛЕЗНЬ ГАЙЕ – ВЕРНИКЕ**

Корсаковский психоз и острая алкогольная энцефалопатия Гайе – Вернике относятся к алкогольным энцефалопатическим психозам. Эти психозы возникают во II – III стадии алкоголизма, на основе выраженной токсической энцефалопатии и общего истощения адренергической системы. Нередко им непосредственно предшествует делирий. Корсаковскому психозу может предшествовать алкогольная энцефалопатия Гайе – Вернике.

### **Корсаковский психоз**

Корсаков С.С. в 1887 г. впервые в мировой литературе описал своеобразный психоз у больных алкоголизмом, который характеризуется расстройством памяти на текущие и недавние события при сравнительно хорошо сохранившейся на давно свершившиеся события, склонностью к конфабуляциям и наличием алкогольного полиневрита. Автор назвал это заболевание полиневритическим психозом. С.А. Суханов, А.И. Бутенко и другие исследователи

углубляли и уточняли клинику и этиопатогенез этого заболевания, подчёркивая, что оно может развиваться не только при алкоголизме, но и при других патологических состояниях.

Корсаковский психоз развивается обычно у больных тяжёлыми стадиями хронического алкоголизма, после долголетнего злоупотребления алкоголем, причём в анамнезе больных имеются как тяжёлые алкогольного происхождения соматические заболевания печени, сердечно-сосудистой системы, так и перенесённые ранее алкогольные психозы, белая горячка и т.д. Развитие корсаковского психоза наблюдается у лиц, длительное время злоупотреблявших суррогатами алкоголя, в частности денатурированным спиртом, самогоном, лаком, политурой и т.д. Обычно корсаковским психозом страдают лица старше 30 лет, хотя он может встречаться и у более молодых лиц. Женщины в большей степени, чем мужчины, подвержены этому заболеванию.

Корсаковский психоз в своём развитии проходит следующие периоды: продромальный период, периоды начала и разгара болезни.

### *1. Продромальный период*

По данным С.С. Корсакова, обычно задолго до возникновения заболевания появляется ряд его предвестников в виде парестезии, болей в ногах ноющего характера и ломоты. Походка становится шаткой, неуверенной, особенно в абстинентном периоде. В ночное время отмечаются головная боль, головокружение, потемнение или "искры" в глазах. Психика больных заметно изменяется. Круг интересов суживается, психический уровень несколько снижается. Появляются беспокойство, тревога, безотчётный страх, нарушается сон, беспокоят кошмары. Подобные продромальные явления переходят в корсаковский психоз. Чаще всего такой переход связывается с каким-либо добавочным фактором в виде травмы, истощающего соматического заболевания, особенно колитов, заболеваний печени и т.д.

### *2. Начало болезни*

Начальный период корсаковского психоза во многих случаях протекает то как белая горячка, то как лёгкая форма болезни Гайе – Вернике. У больных нарушается сознание, они не понимают, где находятся, не ориентируются во времени, отмечаются зрительные и в меньшей степени слуховые галлюцинации. Больным мерещатся крысы, собаки, кошки, черти, люди-невидимки и т.п., они слышат голоса, которые их ругают или угрожают им. В других случаях

больные сонливы, в последующем больные почти не спят или спят очень мало. Постепенно сознание проясняется, блекнут или совсем исчезают галлюцинаторные явления и на первый план выступает типичное расстройство запоминания, касающееся текущих и недавних событий, а также вырисовывается ретроградная амнезия, простирающаяся подчас на несколько лет.

### *3. Разгар болезни*

Клиническая картина характеризуется амнестическим синдромом и алкогольным полиневритом. Амнестический синдром заключается в фиксации амнезии, конфабуляции, псевдореминисценции, амнестической дезориентировке.

Явление *фиксационной амнезии* страдающих корсаковским психозом заключается в исчезновении из памяти недавних событий при сохранности воспоминаний давнего прошлого.

*Конфабуляции* (выдумки, прикрывающие нарушения памяти) особенно выступают при расспросах больного о том, где он только что или вчера был, с кем встречался и т.д. Некоторые учёные подчёркивают, что эти конфабуляции можно суггестивно направлять в ту или иную сторону.

Иногда у таких больных бывает много *ложных воспоминаний (псевдореминисценции)*, вследствие чего они фантазируют о своём времяпрепровождении, смешивают незнакомых лиц со знакомыми, выдумывают несуществующие события.

*Амнестическая дезориентировка* возникает в результате фиксации амнезии. В окружающем больные ориентируются с трудом, главным образом по догадке. Когда больного помещают в лечебное учреждение, он быстро догадывается, что имеет дело с врачами, медицинским персоналом и т.п., причём, если спросить, где он находится, то он обычно называет какое-нибудь учреждение, знакомое ему по прежнему опыту. При корсаковском психозе нарушается восприятие, оценка времени, оценка последовательности событий, их хронологического порядка. Больной не может назвать число, месяц и год. Он не может представить, как долго находится в больнице.

Со стороны нервной системы на первый план выступают явления *алкогольного полиневрита* различной интенсивности. По мнению С.С. Корсакова, причиной последнего являются токсины, возникающие в организме алкоголика при неполном сгорании алкоголя, которые, оказывая воздействие на головной мозг, обус-

ловливают токсическую церебропатию. В разных частях тела отмечают боли и парестезии, выраженные в той или иной степени. Парестезии обычно сводятся к ощущению мурашек, присутствию чего-то постороннего в конечностях.

В последнее время подчёркивается, что при корсаковском психозе изменяется вся психика в целом. Интеллект снижается. Больные теряют инициативу, суждения их ослабевают. Они часто становятся нетрудоспособными из-за грубых нарушений памяти и не могут выполнять свои профессиональные обязанности. Нередко отмечаются бредовые идеи преследования, отравления и т.п. При наличии явлений слабоумия могут также иметь место нелепые идеи или идеи величия.

Таким образом, для корсаковского психоза характерны следующие признаки:

- нарушение ориентировки в месте и времени, либо наличие грубой ориентировки;
- фиксационная амнезия на текущие события;
- конфабуляции (фантазирование) и псевдореминисценции (ложные воспоминания) для заполнения "провалов" памяти;
- полиневропатии.

### **Алкогольная энцефалопатия (болезнь Гайе – Вернике)**

Французский врач Гайе в 1875 г. и немецкий психиатр Вернике в 1881 г. описали одно из наиболее тяжёлых поражений головного мозга, названное ими геморрагическим полиэнцефалитом. Это заболевание известно в клинике как болезнь Гайе – Вернике. С патоморфологической точки зрения название "геморрагический полиэнцефалит" неправильно, так как при этом заболевании отсутствует воспалительный процесс. Более правильно его следует обозначать как алкогольная энцефалопатия Гайе – Вернике.

Болезнь Гайе – Вернике – одно из наиболее редко встречающихся заболеваний. Болезнь не является специфически алкогольной, ибо она может встречаться и при других заболеваниях, например, при резком упадке питания. Вернике описал три случая этого заболевания, в одном из которых оно возникло после отравления серной кислотой, а в других – после тяжёлого алкоголизма.

Так же, как и корсаковский психоз, болезнь Гайе – Вернике в своём развитии проходит следующие периоды: продромальный период, период начала и разгара болезни.

### *1. Продромальный период*

В продромальном периоде болезни наблюдаются плохое самочувствие, повышенная раздражительность, головная боль, головокружение, вялость, безразличие, сонливость, утрата аппетита, тошнота и рвота.

Заболевание может дебютировать белой горячкой (обычно мусситирующим делирием). Белая горячка в этих случаях протекает более злокачественно, и в дальнейшем в ходе болезни могут наблюдаться делириозные фазы болезни.

### *2. Начало болезни*

Начало болезни может проявляться сразу острым головокружением и рвотой, а иногда постепенно. Температура тела в течение суток колеблется от субфебрильной до 40 °С и выше, нарастают обезвоживание, тахикардия, одышка, падает артериальное давление, возможны коллапсы.

### *3. Разгар болезни*

Спутанность сознания сочетается с нарастающей сонливостью, из которой сложно вывести больного. Нарушение мышечного тонуса, своеобразная ригидность заставляют дифференцировать это заболевание с патологическими состояниями при менингеальных проявлениях.

Характерны разнообразные неврологические нарушения: симптомы орального автоматизма (сосательный и хоботковый рефлекс), хватательные рефлекс, стойкий нистагм, гиперкинез. Зрачки большей частью бывают сужены, иногда неравномерно расширены. Речевые реакции при болезни Гайе-Вернике в зависимости от тяжести нарушены неодинаково. В тяжёлой степени их очень трудно исследовать в силу глубокого помрачения сознания, патологической сонливости, речевые реакции отсутствуют. В более лёгких степенях этой болезни латентный период ответных речевых реакций удлинён.

В почерке наблюдается своеобразная атаксия. Строки письма имеют значительный наклон вниз. Во фразах пропускаются отдельные слова, а в словах буквы, слоги, окончания.

Внешне больные выглядят старше своих лет, физически истощены. Кожа у них бледная, сухая, шелушащаяся, иногда, наоборот,

потная, влажная. Возможны эпилептиформные припадки (алкогольная эпилепсия).

### **Задания для самоконтроля**

1. Дайте объяснение корсаковскому психозу.
2. Перечислите периоды развития корсаковского психоза.
3. Что такое алкогольная энцефалопатия?
4. Какие периоды развития алкогольной энцефалопатии различают?

### **Этапность лечения алкоголизма**

Приступая к лечению больных алкоголизмом, врач должен быть готов к разочарованиям и неудачам, которые во многих случаях порождены избыточными надеждами и неадекватной оценкой предмета лечения. Они могут быть источником терапевтического пессимизма, степень которого порой такова, что всерьёз обсуждается вопрос, следует ли вообще лечить алкоголизм или лучше предоставить развитие заболевания его естественному ходу. Ответ на этот вопрос, естественно, отрицательный. Но необходимо иметь в виду следующие исходные положения.

Во-первых, алкоголизм – это хроническое заболевание, склонное к рецидивированию. Как и при других подобных болезнях, в процессе терапии можно добиться практического выздоровления, но не излечения больного в полном смысле слова.

Во-вторых, выздоровление, т.е. восстановление нарушенных соматических, психических и социальных функций, может быть достигнуто при условии и посредством воздержания от алкоголя. Следовательно, трезвость является не целью, а средством лечения, что подчёркивает необходимость продолжения работы с больным и в период его полного воздержания от спиртного.

В-третьих, даже временное восстановление нарушенных функций можно отнести к успехам лечения; чем дольше оно сохраняется, тем полнее успех. Поэтому рецидив алкоголизма отнюдь не указывает на безуспешность терапии, а говорит лишь о необходимости её возобновления.

В-четвёртых, в процессе лечения врач имеет дело не только с организмом больного, но и главным образом с его личностью. Лечение в какой-то мере помогает каждому больному, но не каждый

больной этой помощью пользуется. Здесь играют роль его личностные позиции, хотя они в свою очередь во многом зависят от состояния организма, в частности от наличия и силы патологического влечения к алкоголю. Поэтому существенным требованием к лечебным программам является переход с организменного уровня на личностный, т.е. от биологически ориентированной терапии к психологической, которая в большей мере учитывает социальный контекст, чем синдромальную оценку больного.

**Программа лечения и её этапы.** Вся программа лечения больного алкоголизмом включает 3 этапа.

Первый этап – лечение острых и подострых болезненных состояний, возникших в непосредственной связи с интоксикацией алкоголем и продуктами его метаболизма, а также купирование абстиненции.

Второй этап – восстановительная терапия, направленная на более полную нормализацию всех функций организма, на устранение или смягчение устойчивых нарушений различных органов и систем, на перестройку сложившегося патологического стереотипа, который способствует рецидивам заболевания, т.е. это этап становления ремиссии алкоголизма.

Третий этап – стабилизирующая терапия, направленная на формирование устойчивости больного по отношению к многообразным негативным воздействиям социальной среды, на создание психофизиологической и психологической базы адекватного реагирования больного на внешние посылы, на поддержание длительной ремиссии.

### **Первый этап лечения**

***А. Дезинтоксикация.*** Показана всем больным алкоголизмом, особенно при абстиненции, астении на фоне запоя, обусловленных предшествующей интоксикацией.

Первоочередным является искусственное вызывание рвотного рефлекса или промывание желудка как меры, предупреждающей всасывание токсических доз алкоголя. Из медикаментозных методов применяются следующие препараты.

*Сульфат магния* способствует нормализации баланса электролитов крови, снимает эмоциональное напряжение, дисфорию.

Назначают внутривенно по 5 мл 25% раствора сульфата магния, лучше в одном шприце с 5 – 10 мл 0,5% раствора новокаина, всего 10 – 15 инъекций через день. Сульфат магния можно назначать внутривенно с 40% раствором глюкозы через день, на курс до 10 вливаний. Перед назначением глюкозы желательно делать анализ крови на содержание сахара, так как у больных алкоголизмом имеется склонность к нарушениям углеводного обмена и может быть скрытый диабет.

*Тиосульфат натрия* является эффективным дезинтоксикационным средством. Применяется 30% раствор внутривенно по 10 – 15 мл ежедневно, всего 10 – 15 вливаний.

*Унитиол* можно использовать для купирования абстинентных явлений по 10 – 20 мл 5% раствора внутримышечно в течение 3 – 5 дней, а затем по 5 мл ещё 7 – 10 дней. Для потенцирования условно-рефлекторных методик на период активной противоалкогольной терапии назначают 10 ежедневных внутримышечных инъекции по 5 мл, далее 10 инъекций через день, курс лечения проводят в течение месяца.

*Панангин* дают больным в драже 3 раза в день (в сочетании с инъекциями сульфата магния) или вводят внутривенно медленно по 10 мл (одна ампула) на 20 – 30 мл физраствора. С целью дезинтоксикации внутривенно вводят по 10 мл 40% раствора глюкозы, 10% раствора хлорида или глюконата кальция, 30% раствора тиосульфата натрия.

*Плазмаферез, гемосорбция.*

### ***Б. Коррекция гиповолемии, восстановление ионно-электролитного баланса***

*Гемодез.* Механизм действия гемодеза обусловлен способностью низкомолекулярного поливинилпирролидона связывать токсины, циркулирующие в крови, и быстро выводить их из организма. Вводят гемодез внутривенно капельно со скоростью 40 – 80 капель в минуту. Повторные вливания производят через 12 ч и более после окончания предыдущей инфузии.

### ***В. Тканевая дегидратация и форсированный диурез***

*Лазикс.* После внутривенного введения диуретический эффект начинается через несколько минут, после приёма внутрь в течение

первого часа. Продолжительность действия после однократного внутривенного введения 1,5 – 3 ч, после приёма внутрь – 4 ч и более.

*Маннитол.* Гипертонические растворы маннитола оказывают сильное диуретическое действие. Эффект обусловлен повышением осмотического давления плазмы и понижением реабсорбции воды. Диуретический эффект характеризуется выделением большого количества свободной воды. Вводят в дозе 1 – 1,5 г/кг. Суточная доза не должна быть выше 180 г.

### ***Г. Восстановление кислотно-щелочного равновесия***

*Реополиглюкин* уменьшает агрегацию форменных элементов крови, способствует перемещению жидкости из тканей в кровяное русло. В связи с этим, препарат повышает суспензионные свойства крови, снижает её вязкость, способствует восстановлению кровотока в мелких капиллярах, оказывает дезинтоксикационное действие, предупреждает и уменьшает агрегацию форменных элементов крови. Для дезинтоксикации вводят по 5 – 10 мл/кг в течение 60 – 90 мин.

### ***Д. Корректоры метаболических нарушений***

Витаминные препараты

*Тиамин (витамин В<sub>1</sub>)* является эффективным средством купирования алкогольной абстиненции. Больным алкоголизмом назначают большие дозы тиамина, достигающие в первые сутки лечения до 0,3 г в сутки. Вводится внутримышечно по 2 – 3 мл 6% раствора, остальное суточное количество даётся внутрь.

*Рибофлавин (витамин В<sub>2</sub>)* восстанавливает нарушенные алкогольной интоксикацией функции печени. Применяется обычно в профилактических дозах (0,002 г 2 – 3 раза в день), при показаниях (нарушение питания, нарушение функции кишечника и т.д.) по 0,005 – 0,01 г 2-3 раза в день.

*Пиридоксин (витамин В<sub>6</sub>)* нормализует обмен веществ в ЦНС, улучшает белковый и липидный обмен, нарушенный алкогольной интоксикацией. Назначают внутрь по 0,01 – 0,02 г 2 – 3 раза в день, вводят внутримышечно по 1 мл 5% раствора.

*Фолиевая кислота (витамин В<sub>9</sub>)* назначают по 0,005 г 1 – 2 раза в течение 20 – 30 дней.

*Аскорбиновая кислота (витамин С).* Потребность в аскорбиновой кислоте у больных алкоголизмом повышена. Лечебная доза –

высокая, составляет 0,2 г 3 раза в день, также её вводят по 1 – 3 мл 5% раствора внутримышечно с тиаминном и внутривенно с глюкозой.

*Цианокобаламин (витамин B<sub>12</sub>)* назначают внутримышечно по 200 – 500 мкг (1 мл 0,02 – 0,05% раствора), а также внутрь в таблетках, содержащих цианокобаламин и фолиевую кислоту.

### ***Е. Устранение гипоксии мозга***

*Пирацетам* оказывает положительное влияние на обменные процессы и кровообращение мозга. Стимулирует окислительно-восстановительные процессы, усиливает утилизацию глюкозы, улучшает регионарный кровоток в ишемизированных участках мозга. Препарат увеличивает энергетический потенциал организма за счёт ускорения оборота АТФ, повышения активности аденилатциклазы и ингибирования нуклеотид фосфатазы. Улучшение энергетических процессов под влиянием пирацетама приводит к повышению устойчивости тканей мозга при гипоксии и токсических воздействиях. Курс лечения пирацетамом продолжается от 2 нед. до 6 мес. При необходимости его повторяют через 6 – 8 нед. Выпускается в капсулах, содержащих по 0,4 г пирацетама.

*Натрия оксибутират.* Препарат обладает элементами ноотропной активности. Характерным является его выраженное антигипоксическое действие; он повышает устойчивость организма, в том числе тканей мозга, сердца, а также сетчатки глаза, к кислородной недостаточности. Препарат оказывает седативное и центральное миорелаксантное действие, в больших дозах вызывает сон и состояние наркоза. Внутривенно вводят физически крепким людям и возбудимым больным из расчёта 70 – 120 мг на 1 кг массы тела.

### ***Ж. Симптоматическая терапия***

#### **При острых сердечно-сосудистых нарушениях**

*Лидокаин* вводят в качестве антиаритмического средства внутривенно вначале струйно (в течение 3 – 4 мин) в среднем в дозе 80 мг (50 – 100 мг), после чего продолжают вводить капельно в среднем по 2 мг в минуту.

*Мезатон* синтетический адреномиметический препарат. Является стимулятором  $\alpha$ -адренорецепторов; мало влияет на  $\beta$ -рецепторы сердца. Вызывает сужение артериол и повышение артериального

давления. Назначают подкожно или внутримышечно 0,3 – 1 мл 1% раствора, внутрь – по 0,01 – 0,025 г 2 – 3 раза в день.

*Кордиамин* стимулирует ЦНС, возбуждает дыхательный и сосудодвигательный центры. Внутрь дают по 15 – 40 капель на приём 2 – 3 раза в день.

### **При нарушениях сна**

*Бензодиазепиновые транквилизаторы (седуксен, феназепам, элениум)* назначают в течение первых 3 – 5 дней лечения внутрь (каждые 4 ч) или внутримышечно (2 – 3 раза в день). Дозировки этих препаратов подбираются индивидуально, и различия их могут достигать 10-кратной величины.

### **Экстрапирамидные нарушения**

*Пирроксан* является блокатором центральных и периферических  $\alpha$ -адренорецепторов. Уменьшает тремор, вероятность пароксизмальных приступов тахикардии. Вторично, за счёт блокады центральных рецепторов, уменьшает тревогу, страх, смягчает дисфорические явления. Назначается в таблетках по 0,0015 мг 3 раза в день или в 1% растворах по 3 мл 3 раза в день.

### **Психопатологическая симптоматика**

*Реактивные депрессивно-дисфорические расстройства* требуют назначения *антидепрессантов*. Предпочтительными являются препараты последнего поколения (*миансерин, флуоксетин, флувоксамин, тразодон, паксил*). Они, в отличие от ингибиторов МАО и трициклических антидепрессантов, дают более избирательный антидепрессивный клинический эффект, характеризуются отсутствием или малой выраженностью побочных явлений. Кроме того, было установлено, что миансерин, флувоксамин, флуоксетин и тразодон обладают свойством непосредственно подавлять патологическое влечение к алкоголю. Нейрохимический механизм этой их способности неясен.

Также применяют *мягкие нейролептики – меллерил (сонапакс), терален, неулептил*. Эти препараты используют также для коррекции разнообразных нарушений поведения с эксплозивностью, истеричностью, эмоциональной расторможенностью.

При резких *обострениях первичного патологического влечения к алкоголю* наиболее надёжным средством купирования являются

*нейролептические препараты с выраженными антипсихотическими свойствами.* Среди них предпочтительны те, которые относительно реже вызывают побочные эффекты экстрапирамидного типа. Наиболее эффективными оказались *пимозид (оран)* – по 1 – 2 мг 1 – 2 раза в сутки; *пенфлюридол (семан)* – по 20 – 40 мг 1 раз в 5 – 7 дней; *этаперазин* – по 4 – 10 мг 2 – 3 раза в день; *пипортил* – по 10 мг 2 раза в день; *лепонекс (клозапин, азалептин)* – по 25 – 50 мг 2 – 3 раза в день; *трифлуоперазин (стелазин)* – по 5 мг 2 – 3 раза в день. В некоторых случаях (частые обострения влечения к алкоголю, несоблюдение лечебного режима и т.д.) с успехом применяются препараты пролонгированного действия: *модитен-депо* (1 мл 2,5% раствора внутримышечно 1 раз в 2,5 – 3 нед.), *пипортил-пальмитат* (1 мл 2,5% раствора внутримышечно 1 раз в 3 – 4 нед.).

В дальнейшем в терапии патологического влечения к алкоголю применяются также некоторые *антиконвульсанты*, в частности *карбамазепин (тегретол, финлепсин)* и *вальпроат натрия (конвулекс, депакин)*. В отличие от нейролептиков, они в оптимальных дозах почти не оказывают серьёзных нежелательных эффектов и поэтому могут назначаться на достаточно длительное время – до нескольких месяцев. Дозы карбамазепина – 0,2 – 0,6 г/сут., конвулекса – 0,3 – 0,9 г/сут. Следует учитывать возможность индивидуальной непереносимости препаратов и их токсического влияния на кровь.

Помимо психотропных препаратов, для подавления патологического влечения к алкоголю применяются некоторые средства *растительного происхождения* – *отвары баранца (5%), чабреца (7,5%), копытня европейского (3%), спорыша (5%)*. Все эти средства в малых дозах (по 1 столовой ложке 3 раза в день внутрь) оказывают мягкое седативное, гипотензивное, диуретическое действие и резко снижают субъективную потребность в алкоголе.

### **3. Немедикаментозные меры**

*Гипербарическая оксигенация* – после 1 – 3 сеансов, каждый из которых продолжается 50 – 90 мин, при 0,8 – 1,2 атмосферы избыточного давления кислорода 1 раз в день, симптоматика абстинентного синдрома купируется, а влечение к алкоголю сменяется отвращением к нему.

*Электросон* – во время и после лечебной процедуры наступают успокоение, релаксация, сонливость, исчезает тягостный дискомфорт.

## Второй этап лечения

Направлен на устранение гораздо более разнообразных и индивидуальных психических и соматических нарушений, находящихся вне рамок абстиненции, а также для создания более непосредственных предпосылок к развитию ремиссии заболевания. Последнее достигается следующими методами.

**Метод условно-рефлекторной терапии (УРТ)**, цель которой является выработка отрицательной тошнотно-рвотной условной реакции на вкус и запах алкоголя.

*Сульфат меди и сульфат цинка* являются чисто рефлекторными средствами. Сульфат меди назначают по 30 – 50 мл 1% раствора (0,3 – 0,5 сухого вещества), сульфат цинка – по 0,5 – 1 г на приём в порошке или 50 – 100 мл 1% раствора.

*Апоморфин* применяют по 10, 20, 40, 60 мг с добавлением аскорбиновой кислоты. Препарат больные принимают через 2 ч 7 – 8 раз в сутки (с ночным перерывом). Длительность курса лечения 5 – 7 суток.

*Эметин* назначают по 0,03 – 0,05 г в порошке, а лучше по 0,3 – 0,5 мл 10% раствора. Для усиления рвотного эффекта эметина целесообразно одновременно с 3 – 5 мл 1% раствора эметина ввести 1 – 2 мл 5% раствора эфедрина.

### **Сенсибилизирующая (аверсионная) терапия**

*Метронидазол* наиболее эффективен для купирования абстиненции и запоев, так как в больших дозах он вызывает тошноту, значительно уменьшает влечение к алкоголю. Назначают 1 – 2 г метронидазола (4 – 8 таблеток по 0,25 г), через 40 – 60 мин. Приём в той же дозе повторяют, через 3 ч назначают третий приём, всего в первый день лечения больной принимает 3 – 6 г метронидазола (12 – 24 таблетки по 0,25 г). Метронидазол наиболее эффективен в комбинации с психотропными средствами, позволяет снять влечение к алкоголю даже в резистентных случаях, поэтому назначается одновременно с продолжающимся после купирования абстиненции лечением метронидазолом (0,75 г 3 раза в день или 1 г 2 раза в день).

*Тетурам* целесообразно назначать не первичным больным, а ранее лечившимся и принимавшим тетурам. В первые 2 – 3 дня тетурам можно назначать в больших дозах – по 1 г в сутки (0,5 г 2 раза в день). Последующие дозы тетурама больной принимает дома,

и после окончания пирогенной терапии продолжается лечение тетурамом в обычных дозах – по 0,025 г 2 раза в день или 0,5 г 1 раз в день.

*Никотиновая кислота* назначается в больших дозах по 0,1 – 0,2 г, а при хорошей переносимости – по 0,3 – 0,5 г 3 – 4 раза в день, целесообразно сочетать её с тиоловыми препаратами (тиосульфат натрия, унитиол).

*Фуразолидон* назначают в суточной дозе 0,6 – 0,8 г (в 3 приёма). Этот препарат вызывает через 7 – 10 дней непереносимость спиртного: при приёме 40 – 80 мл водки возникают гиперемия лица и шеи, сердцебиение, одышка, головная боль и другие расстройства, характерные для тетурама, – алкогольных реакций; больные обнаруживают, что вкус спиртного становится отвратительным.

*Депо-препарат дисульфирама* – «эспераль». В результате постепенного его рассасывания из депо создаётся относительно постоянная концентрация дисульфирама в крови, обеспечивающая длительный «сенсibiliзирующий» эффект препарата.

### Третий этап лечения

Третий этап лечения – стабилизация ремиссии, поддерживающая терапия. Обусловлена тем, что патологическое влечение к алкоголю не исчезает, а лишь временно подавляется.

Помимо продолжения применения препаратов первого и, главным образом, второго этапов лечения алкогольной зависимости (нейролептики, антидепрессанты, ноотропы и т.д.), но в поддерживающих дозировках, на данном этапе приобретает большое значение предупреждение или сглаживание спонтанных обострений патологического влечения к алкоголю. Когда они возникают с определённой периодичностью и не реже 1 раза в 2 – 3 мес., показано назначение *солей лития* (оксибутират, карбонат) в сочетании с финлепсином (тегретол) по 0,2 – 0,4 г в сутки. Дозировка препаратов лития устанавливается с учётом его концентрации в крови (не ниже 0,6 и не выше 1,2 ммоль/л), которую сначала определяют еженедельно, затем 1 раз в месяц. После купирования этих признаков надо решить вопрос о возобновлении или усилении аверсионной терапии.

В центре лечебных мероприятий на третьем этапе – *психотерапия*, направленная на реабилитацию и ресоциализацию

больного, на формирование и закрепление навыков трезвой жизни – уверенности в себе и своей способности решать жизненные проблемы без «помощи» алкоголя или готовности обратиться за своевременной поддержкой к своему врачу.

Наибольшее признание в настоящее время получил метод В. Е. Рожнова (1982), основанный на концепции эмоционально-стрессовой гипнотерапии.

В состоянии гипноза вырабатывается условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя. Часто она дополняется применяемой врачом императивной суггестией, а также потенцирующей и опосредующей психотерапии.

Существуют методы *вербальной аверсивной терапии*, которая заключается в том, что воображаемое потребление алкоголя с помощью словесного внушения сопровождается рвотной реакцией.

До настоящего времени продолжают попытки использования в терапии алкоголизма *аутогенной тренировки*. Целью её являются нормализация вегетативных нарушений и снятие эмоционального напряжения. Аутогенная тренировка может способствовать закреплению аверсивной реакции, поэтому используется как важный компонент терапии в качестве активного метода саморегуляции, самокоррекции и самовоспитания.

Основу *групповой психотерапии* при алкоголизме составляют дискуссионные (недирективные) варианты с частым использованием дополнительных технических приёмов (пантомима, разыгрывание ролевых ситуаций, проективный рисунок и т.д.).

Особенностью групповой психотерапии при алкоголизме является наличие в ней выраженного компонента *рациональной психотерапии*. Направляемое психотерапевтом взаимодействие пациентов в группе, способствуя улучшению взаимоотношений между ними, создаёт наиболее благоприятные условия для обсуждения истории жизни пациентов, выявления и разрешения конфликтных ситуаций как связанных, так и не связанных с алкоголизмом. Сеансы групповой психотерапии проводятся 2 – 4 раза в неделю по 1,5 – 2 ч в группах по 7 – 9 человек.

Безусловно, показанием к групповой психотерапии является наличие у пациентов мотивации на лечение и выздоровление и соответственно к участию в работе группы. Противопоказаниями являются явно негативное отношение больного к групповой психотерапии и деградация личности.

*Семейная (супружеская) психотерапия* может начинаться и продолжаться после завершения стационарной групповой психотерапии пациентов и выписки их из клиники. Речь идёт о психотерапии супружеских пар, в группах жен, мужа которых страдают алкоголизмом. Основные задачи семейной психотерапии – выявление основных семейных конфликтов и реконструкция семейных отношений, адаптация семьи к режиму трезвости, укрепление установок больного на трезвость.

Противорецидивное лечение проводится в виде курсов, которые в РФ регламентированы следующей инструкцией:

первый год ремиссии – курсы повторяются каждые 4 месяца.

Второй год – раз в полгода.

Третий год – в конце третьего года.

Далее – по мере необходимости.

### **Качество ремиссии**

1. Отсутствие обострений патологического влечения к алкоголю при успешном функционировании больного во всех сферах жизнедеятельности (соматическая, психическая, социальная) означает *ремиссию высокого качества* и требует от врача лишь поощрительного и неназойливого внимания.

2. Соблюдение больным режима полной трезвости, т.е. абсолютного воздержания от приёма спиртного, при наличии признаков частичного обострения патологического влечения к алкоголю («зыбление» симптоматики) означает *более низкое качество* ремиссии.

3. Отдельные нарушения режима трезвости – употребление спиртного без потери контроля, в умеренной дозе, без предшествующих признаков обострения патологического влечения к алкоголю и без последующих абстинентных расстройств означают *сохранение ремиссии, но сигнализируют о приближающемся рецидиве* заболевания.

4. Отдельные грубые нарушения режима трезвости (употребление спиртного в опьяняющих дозах) без последующих абстинентных расстройств и при сохранении работоспособности следует отнести к *«срывам» ремиссии*. Всё это требует усиления противорецидивной терапии (психотропные и растительные препараты, аверсионные средства).

5. Рецидивом заболевания является возобновление его основной симптоматики (утрата контроля, абстиненция, функциональная несостоятельность). В таких случаях необходимо лечение по полной программе, но с учётом прошлого отрицательного опыта.

## **ОПРОС НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

(проводится самостоятельно студентом)

1. Как давно вы употребляете алкоголь?
2. Ваше первое ощущение.
3. Как долго вы употребляли алкоголь эпизодически?
4. Когда вы начали употреблять систематически?
5. Какова ваша толерантность (сколько вы можете выпить до тяжёлой степени опьянения)?
6. За какой период времени толерантность возросла до максимума?
7. Когда исчез рвотный рефлекс?
8. Когда вы сменили низкоградусные напитки на высокоградусные?
9. Говорят ли вам родные об изменении вашего характера?
10. Какие новые черты характера появились в период злоупотребления алкоголем?
11. Как часто вы теряли вещи, засыпали в нетрезвом состоянии, а потом всё забывали?
12. Бывают ли у вас состояния, когда не всё помните после выпитого?
13. Опишите ваше поведение в состоянии опьянения
14. Когда впервые вы потеряли контроль над выпитым и не можете остановиться?
15. Как часто вы теряете контроль над выпитым?
16. Назовите наиболее частые причины употребления алкоголя.
17. Употребляли ли у вас в семье алкоголь?
18. Назовите степень родства «пьющих» родственников.
19. Связана ли ваша профессиональная деятельность с употреблением алкоголя?
20. Страдает ли ваш супружеский партнёр наркологическими проблемами?
21. Связано ли употребление алкоголя с психотравмой (чрезмерный стресс)?

22. Назовите (обозначьте) психотравму.
23. Когда у вас появилась осознанная тяга (влечение) к алкоголю?
24. Как долго она не осознавалась?
25. Опишите характер тяги (влечения) к алкоголю.
26. Носит ли она навязчивый характер?
27. Носит ли она непреодолимый, насильственный характер?
28. Когда появилась непреодолимость влечения?
29. Опишите характер употребления алкоголя (частоту, ситуацию).
30. Бывает ли, что у вас появились многодневные формы употребления (выходные дни, длительные праздники)?
31. Как часто в последнее время вы употребляете до тяжёлой степени опьянения?
32. Как часто возникают ситуации, когда вы употребляете алкоголь многодневно?
33. Связаны ли запои с ситуацией или могут возникнуть спонтанно?
34. Как часто у вас была тяжёлая интоксикация?
35. Какие меры были приняты в этих случаях?
36. Вспомните, как изменился ваш характер в первые 5 лет употребления алкоголя?
37. Вспомните, как изменился ваш характер после 5 – 15 лет употребления алкоголя?
38. Вспомните, как изменился ваш характер после 15 – 25 лет употребления алкоголя?
39. Когда впервые у вас возник похмельный синдром?
40. Он у вас протекает преимущественно с психическими нарушениями (депрессией, агрессивно-злобным аффектом, бессонницей)?
41. Он у вас протекает с преимущественно неврологическими нарушениями (головными болями, тремором, неустойчивой походкой)?
42. Он у вас протекает с преимущественно соматическими нарушениями (тошнотой, болью в желудке, в сердце, повышением АД и т.д.)?
43. Обязательным ли является для вас опохмеление?
44. Опишите особенности похмельного (абстинентного) синдрома?
45. Как долго он у вас длится?

46. Бывают ли у вас периоды воздержания (ремиссии)?
47. Частота и длительность ремиссий?
48. Причина возобновления пьянства?
49. Бывали ли у вас психозы?
50. Опишите их.
51. Страдаете ли вы соматическими заболеваниями, связанными с употреблением алкоголя?
52. Когда они возникли?
53. Как часто вы меняете место работы в связи с наркологическими проблемами?
54. Как давно вы не работаете?
55. Были ли у вас приводы в милицию, уголовное наказание и т.д., связанные с употреблением алкоголя?
56. Назовите характер правонарушения.
57. Есть ли у вас семья? Сожительство?
58. Имеется ли у вас жильё, постоянное место работы? Когда потеряны?
59. Когда стала снижаться толерантность?
60. Как часто вы поступаете в больницу с наркологическими проблемами?
61. Вы обращаетесь добровольно?
62. Характер медицинского вмешательства.
63. Длительность воздержания после медицинского вмешательства.
64. Назовите виды суррогатов, которые вы употребляете.
65. Ухудшились ли у вас память, внимание?
66. Снизилась ли работоспособность?
67. Изменились ли вы внешне (раннее старение, снижение веса)?
68. Признаны ли вы инвалидом? Какой группы?
69. Заболевания неврологические, психические, общие?
70. Считаете ли вы себя больным алкоголизмом и как давно?

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача № 1

В приёмный покой психиатрической больницы в сопровождении работников полиции поступил гражданин С-ов, 48 лет.

Гражданин С-ов жил один, с соседями общался мало, нигде не работал, целыми неделями не выходил из дома. Временами из

квартиры слышались крики, громкая музыка, ругань. Накануне соседи видели С-ва небрежно одетого, встревоженного. На следующий день в квартире слышался шум передвигаемой мебели, звон разбивающейся посуды, возня. Вызванная полиция с трудом взломала дверь, которая была забаррикадирована шкафом, отняла топор у С-ва, оказывающему сопротивление работникам полиции.

Психическое состояние: исследуемый напряжён, беспокоен, тревожно озирается на дверь, пытается выглянуть в окно. На вопросы отвечает урывками, знает свои имя, отчество, затрудняется в определении даты, места нахождения. С тревогой рассказывает врачу «о преследовании», попытке убить его, уверенно говорит, что слышал преследователей за окном: «Вася, убьём!», также музыку, звонки в дверь. Больной «узнаёт» в санитаре своего приятеля, просит у него помощи. Во время обследования пытался в страхе убежать с криком: «Вот они!», но схваченный санитарями успокаивается. Всё время что-то выплёвывает изо рта, убирает несуществующие волосы с одежды. Легко внушаем – соглашается с тем, что видит мышь под столом. Отмечается положительный симптом Липмана.

*1. Какой диагноз? 2. Какие ведущие симптомы? 3. Назовите симптом в поведении пациента: «убирает несуществующие волосы с одежды» 4. Опишите симптом Липмана. 5. Каков план лечения?*

## **Задача № 2**

По телефонному вызову в дом гражданина Р-ва прибыла бригада «скорой помощи». Жалобы были на шум в голове, тошноту, боли в сердце, рези в желудке, общее недомогание, слабость. При осмотре у пациента отмечалась отёчность лица, век, сухость слизистых, гиперемия лица, запах алкогольного перегара. Патологии со стороны сердца, лёгких не обнаружено, АД = 180/140 мм рт. ст. Язык был сухим, обложен бурым налётом, отмечалась болезненность при пальпации в эпигастральной области, выявлялся запах перегара изо рта. Больной находился в лежачем положении, при неврологическом осмотре отмечался тремор пальцев, языка, нистагmoidные движения глазных яблок.

*1. Оцените состояние больного. 2. Опишите структуру ведущего синдрома. 3. Ваши действия в подобных ситуациях? 4. Каков план лечения? 5. Правомерна ли выдача больничного листа?*

### Задача № 3

На приём к наркологу пришла супружеская пара с просьбой проконсультировать мужа. Со слов мужа в последнее время по утрам стал испытывать недомогание, разбитость. Ощущает тяжесть в сердце: «Пью не больше других ребят из бригады». Категорически отрицает тягу к алкоголю: «Пью от безделья, да и отказываться неудобно», делает акцент на головные боли, общесоматическом неблагополучии (терапевты обнаружили ИБС, гастрит). Со слов жены: муж начал пить с переходом на новую работу, однако в последний год употребляет алкоголь чаще, без видимой причины, нередко до тяжёлого опьянения. Дважды засыпал в транспорте, доставлялся в медицинский вытрезвитель, неоднократно избивался в состоянии опьянения («он задирает всех, его тянет на приключения»). Жене говорил, что плохо помнит события минувшего вечера. Свои выпивки раньше приурочивал к торжественным праздникам, а затем – к выходным дням, в последнее время пьёт в отпуске, в рабочие дни. Перед посещением нарколога не выходил на работу, так как пил дома ежедневно в течение 5 дней. Согласился на обследование, объясняя это тем, что «прихватило сердце».

*1. Ваш предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные вопросы вы должны задать жене больного и самому больному для уточнения диагноза? 3. Обоснуйте свой диагноз. 4. Перечислите все ведущие симптомы, характерные для выставленного диагноза. 5. План лечебных мероприятий.*

### Задача № 4

Во время совместного рейда (ГАИ, наркологическая служба города) инспектором ГАИ был задержан шофёр грузовика, нарушивший правила дорожного движения, который впоследствии был доставлен на экспертизу алкогольного опьянения. Шофёр категорически отрицал факт употребления алкоголя за рулём, утверждал, что в последний раз он накануне вечером пил пиво. Внешне опрятен, оживлён, разговорчив, речь была связной, но ускоренной, несмотря на ситуацию подшучивал над фельдшером-наркологом, часто смеялся, подмигивал женщинам, хлопал по спине инспектора ГАИ. Лицо было слегка гиперемировано, глаза блестели, кожные покровы тёплые, сухие, АД = 130/90 мм рт. ст., язык чист, лёгкий запах алкоголя изо рта при проведении стаканной пробы.

Походка устойчивая, в позе Ромберга покачивается, с сенсibiliзацией – падает. Неврологических расстройств не выявлено.

*1. Ваше предварительное заключение. 2. Какие дополнительные пробы вы должны провести для уточнения заключения (неврологические)? 3. Какие лабораторные пробы вы должны провести для постановки квалифицированного заключения? 4. «Лицо было слегка гиперемированно, глаза блестели, кожные покровы тёплые, сухие, АД = 130/90 мм рт. ст.» – признаки активации какой нервной системы? 5. Опишите позу Ромберга с сенсibiliзацией.*

### **Задача № 5**

На МСЭ был доставлен больной Г-ев на предмет определения инвалидности. Из доклада врача известно, что больной Г-ев злоупотребляет алкоголем в течение 15 лет, неоднократно лечился в наркологических учреждениях по поводу хронического алкоголизма, но безуспешно. В последний год он практически не работал, однако в этот год он алкоголь не употреблял. Причина невыхода на работу – забывчивость больного: вначале постоянно терял ключи, забывал запереть дверь, оставлял сумки в транспорте, был совершенно рассеянным, невнимательным, затем стал забывать номера телефонов, квартиры, путать остановки, терялся в знакомом микрорайоне. В последние 2 месяца родственники стали замечать, что больной «заговаривается»: то просит запрячь лошадь (он вырос в деревне), иногда суетливо спрашивает о начале сенокоса.

При осмотре психиатром было выявлено следующее: больной дезориентирован в месте, времени, однако пытается это скрыть – иногда шутит (вопрос: «какое сегодня число?», ответ – «Вы же видите: снег, зима, значит, пора санки готовить...»). Иногда обращается к одному из членов комиссии как к знакомому, хотя тот его видит впервые. Затрудняется в определении года, не помнит адреса, даты рождения детей. Иногда невпопад спрашивает о событиях, явно не имеющих места в настоящей жизни. При неврологическом осмотре был выявлен полиневрит.

*1. Назовите ведущий синдром по автору. 2. Чем данный синдром отличается от одноименной болезни и каков генез этой болезни? 3. Перечислите все симптомы обозначенного синдрома. 4. В чём*

*проявляются в представленном клиническом случае псевдореминисценции? Охарактеризуйте их. 5. Чем конфабуляции отличаются от псевдореминисценций?*

### **Задача № 6**

В отделении психотерапии один из пациентов в своём дневнике написал следующее: «...Вроде бы пью не больше других, во всяком случае, не знаю, что такое похмелье, головные боли, тем более запои. Однако стал замечать за собой: как аванс или получка, так душа не на месте, работа не идёт, все мысли о том, чтобы поскорее вырваться с работы и с ребятами расслабиться». Правду сказать, работа тяжёлая, напряжённая, особенно в конце квартала. Стал замечать, что раздражаюсь без причины, кричу на жену, детей, по выходным не сидится, всё как-то скучно, прежние занятия не интересуют. Забросил сад, не могу достроить дачу; в доме нет «мужской руки». Раньше со стакана водки был пьян, а сейчас и бутылки не хватает, бывает, что пью до конца, то есть пока не упаду. Душа не на месте без выпивки. На рекламу с пивом смотреть не могу – тянет. Говорят, что алкоголики не верят в свою болезнь. Может, и у меня так? Смотрел передачу «Здоровье», решил проконсультироваться, что это, пьянство или уже алкоголизм? ...»

*1. Какое ваше предварительное мнение? 2. Какие дополнительные вопросы вы бы задали для уточнения диагноза? 3. Обоснуйте своё заключение. 4. Какой вид воздействия наиболее уместен в данном случае (психологическое, социальное, медицинское)? 5. Объясните термин «анозогнозия».*

### **Задача № 7**

В женском отделении городского наркологического диспансера находилась на лечении больная Г-ва, 28 лет. Из анамнеза, собранного у больной, известно, что впервые попробовала вино в 15-летнем возрасте «в компании». Рано (в 17 лет) вышла замуж, изредка употребляла алкоголь вместе с мужем, который, по словам больной, «был пьющим». После рождения ребёнка отношения супругов испортились: часто были ссоры, доходящие до скандалов и драк. Примирение супругов происходило после выпивок, которые стали регулярными в семье. Больная работала в сфере торговли, где доступ к спиртному был облегчён, часто после работы распивала с

подругами, якобы, чтобы «снять усталость». После трагической смерти мужа (замёрз в состоянии алкогольного опьянения) на время перестала пить, вышла повторно замуж, родила второго ребёнка. Однако и второй муж был возбужден, часто избивал, злоупотреблял алкоголем. Вновь начала пить, так как муж принуждал к этому. После очередных побоев лечилась по поводу черепно-мозговой травмы. Стала вспыльчивой, гневливой, агрессивной, жестоко обращалась с детьми, в нетрезвом состоянии швыряла вещи, дралась с мужем, соседками. В последние годы пила запоями 5 – 7 дней, бросила работу, стояла угроза лишения материнства. Перед поступлением стала слышать «голоса» за окном, за дверью, в углу комнаты. Вначале слышала звонки, оклики по имени, затем короткие фразы типа «ах ты, бесстыдница», «пойдём, выпьем». «Голоса» звучали извне, комментировали действия больной, иногда советовали, как поступить.

*1. Какой диагноз вы поставите? 2. Назовите симптомы психоза у больной. 3. Какова причина психоза? 4. На какой стадии заболевания он возникает? 5. План лечебных мероприятий.*

### **Ответы на ситуационные задачи**

#### **Задача № 1**

1. Алкогольный делирий. 2. Характерна дезориентации в месте, времени, но не в собственной личности; характерно психомоторное возбуждение; характерны слуховые, зрительные и тактильные галлюцинации; характерен бред преследования; заканчивается частичной амнезией. 3. Тактильные галлюцинации. 4. Симптом Липмана – «симптом чистого листка», когда при повышенной внушаемости делириозного больного он видит несуществующие рисунки на чистом листке бумаги. 5. Дезинтоксикация, симптоматическая терапия с применением психотропных веществ (нейролептиков), далее – поэтапное лечение самого алкоголизма.

#### **Задача № 2**

1. Абстинентный синдром алкогольного генеза. 2 Соматические и неврологические нарушения. 3. Купирование острой абстинентной симптоматики. 4. Снятие (медикаментозно) явления алкогольной интоксикации (дезинтоксикация, дегидратация, гипотензивные

средства). 5. Выдача больничного листа неправомерна. После оказания необходимой помощи надо направить больного в наркологическое учреждение (официальное или анонимное), где проводится углублённая коррекция последствий злоупотребления алкоголем.

### **Задача № 3**

1. Хронический алкоголизм (развёрнутая стадия). 2. Когда появился похмельный синдром и как он протекал? Это первый запой или были другие? Как часто бывают тяжёлые степени опьянения? 3. У пациента систематическое употребление алкоголя, психическая (и физическая) зависимость, зафиксирована запойная форма. 4. Собрать полный анамнез: изменение толерантности, изменение форм опьянения, изменение клинической картины опьянения, частоты, типа злоупотребления, наличие запойного употребления алкоголя, структура похмельного синдрома, возможные алкогольные психозы (типичные, abortивные). 5. После пятидневного запоя рекомендуются: дезинтоксикация – дегидратация – витаминотерапия – симптоматическая терапия – психотерапия.

### **Задача № 4**

1. Лёгкая степень опьянения. 2. Пробы на конвергенцию, аккомодацию, подсчет нистагmoidных движений после прокручивания вокруг собственной оси, ПНП – пальце-носовая проба. 3. Пробы «выдох в трубку Шинкаренко», проба Раппопорта. 4. Симпатическая нервная система. 5. Вытягивание перед собой рук с закрытыми глазами.

### **Задача № 5**

1. Корсаковский (амнестический) синдром. 2. При одноименной болезни алкогольного генеза наблюдается полиневрит или полиневропатия. 3. Дезориентация в месте и времени, фиксационная амнезия, парамнезии в виде конфабуляций и псевдореминисценций. 4. Пациент пересказывает события, которые были в прошлом. 5. Конфабуляции – «фантазии памяти», которые никогда не случались с больными.

**Задача № 6**

1. Начальная стадия алкоголизма. 2. Сколько алкоголя вы можете выпить? Как давно исчез рвотный рефлекс? Бывали ли случаи, когда наутро после выпивки вы забывали предшествующие события? 3. Характер патологического влечения (навязчивый), элементы явления «потери контроля» над выпитым, сформировалась психическая зависимость, изменился характер. 4. В данном случае необходимо ограничиться социально-психологическим воздействием, так как нет анозогнозии, но имеется желание (установка) на социально-психологическую коррекцию. 5. Термин «анозогнозия» означает непризнание у себя патологии.

**Задача № 7**

1. Острый алкогольный галлюциноз. 2. Наличие комментирующих и советующих «голосов». 3. Причина психоза смешанного характера – наличие алкоголизма и перенесённая черепно-мозговая травма. 4. Возникает на развёрнутой стадии алкоголизма. 5. Лечение психотической симптоматики (галлюцинаторных расстройств) психотропными препаратами (нейролептиками), а потом лечение самого алкоголизма – поэтапное.

**Критерии оценки**

30 – 35 верных ответов (90 – 100%) – отлично.

25 – 30 верных ответов (около 80%) – хорошо.

20 – 25 верных ответов – удовлетворительно.

Меньше 25 верных ответов – неудовлетворительно.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

Необходимо выбрать один или несколько правильных ответов, один или несколько неправильных ответов (в контексте вопроса)

**1. ДЛЯ АЛКОГОЛИЗМА НЕ ХАРАКТЕРНО**

- 1) прогрессивное течение
- 2) эпизодическое употребление алкоголя
- 3) развитие патологического влечения к спиртным напиткам
- 4) формирование абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя
- 5) развитие стойких соматоневрологических расстройств

б) появление маниакального психоза

## 2. ПАТОЛОГИЯ, СВЯЗАННАЯ С ДЕЙСТВИЕМ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА, ЗАВИСИТ ОТ

- 1) дозы и вида алкоголя
- 2) времени действия алкоголя и частоты злоупотребления
- 3) пола и возраста употребления алкоголя
- 4) исходного состояния органов и систем организма
- 5) всего перечисленного

## 3. ТЯЖЁЛАЯ СТЕПЕНЬ ПРОСТОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) мозжечковой атаксией
- 2) неустойчивостью походки
- 3) головокружением
- 4) чувством тошноты
- 5) нарушением сознания

## 4. БЫТОВОЕ ПЬЯНСТВО ХАРАКТЕРИЗУЕТ ВСЁ, КРОМЕ

- 1) повышения толерантности к алкоголю
- 2) систематического употребления алкоголя
- 3) психической зависимости от алкоголя
- 4) употребления высокоградусных напитков

## 5. НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ АЛКОГОЛИЗМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

- 1) снижения контроля над выпитым алкоголем
- 2) абстинентного синдрома
- 3) появлением палимпсестов на период опьянения
- 4) изменённых форм опьянения
- 5) алкогольных психозов
- 6) акцентуации характера

## 6. СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ВСЁ, КРОМЕ

- 1) навязчивых мыслей об алкоголе
- 2) бред овладения
- 3) навязчивых представлений алкогольного содержания
- 4) навязчивого влечения к алкоголю

5) стремления к опохмелению

7. ДЛЯ СИНДРОМА ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) интенсивное влечение к опохмелению
- 2) употребление алкоголя с целью улучшения физического состояния
- 3) мания
- 4) раздражительность, агрессивность

8. В СТРУКТУРУ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ВХОДИТ

- 1) неврологические нарушения
- 2) соматические нарушения
- 3) психические нарушения
- 4) всё перечисленное

9. ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ ИСКЛЮЧЕНЫ

- 1) дезинтоксикационная терапия
- 2) дегидратационная терапия
- 3) витаминотерапия
- 4) инсулинотерапия
- 5) симптоматическая терапия
- 6) электрошоковая терапия

10. КОНЕЧНАЯ СТАДИЯ АЛКОГОЛИЗМА НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) снижением толерантности
- 2) маниакальным синдромом
- 3) хроническими психозами
- 4) непрерывным течением
- 5) отсутствием ремиссий

11. АЛКОГОЛИЗМ У ЖЕНЩИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) злокачественным течением
- 2) поздним обращением
- 3) частотой депрессий
- 4) соматическими нарушениями
- 5) всем перечисленным

## 12. ТРИГГЕРАМИ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА МОГУТ БЫТЬ

- 1) депрессия
- 2) одиночество
- 3) влияние пьющего супруга
- 4) психотравмы
- 5) всё перечисленное

## 13. АЛКОГОЛИЗМ У ПОДРОСТКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) быстрым течением
- 2) медленным течением
- 3) ранним формированием симптомов
- 4) поздним формированием симптомов

## 14. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1) токсическим действием алкоголя и его метаболитов
- 2) преморбидными характерологическими особенностями индивидуума
- 3) психореактивными моментами
- 4) всем перечисленным

## 15. ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ДЕГРАДАЦИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) эмоциональное огрубение с исчезновением семейных и общественных привязанностей
- 2) интеллектуально-мнестическое снижение
- 3) утрата морально-нравственных ценностей
- 4) всё перечисленное

## 16. АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ ВКЛЮЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ

- 1) астенический
- 2) галлюцинаторный
- 3) бредовый
- 4) истерический
- 5) фобический

## 17. АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ ОТНОСИТСЯ К НАРУШЕНИЮ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ

- 1) мышления

- 2) эмоций
- 3) памяти
- 4) воли
- 5) сознания
- 6) восприятия

18. ПРИЗНАКОМ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пониженное настроение
- 2) отказ от пищи
- 3) нарушение ориентации в собственной личности
- 4) суицидальные мысли

19. ТРИ ВИДА ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ  
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ БЕЛОЙ ГОРЯЧКЕ

- 1) обонятельные
- 2) осязательные
- 3) тактильные
- 4) слуховые
- 5) проприоцептивные
- 6) зрительные

20. ТИПИЧНЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ ЗАВЕРШАЕТСЯ

- 1) частичной амнезией
- 2) полной амнезией
- 3) ни тем, ни другим

21. ОТЛИЧИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ОТ ДЕЛИРИЯ

- 1) отсутствие тактильных галлюцинаций
- 2) отсутствие бреда преследования
- 3) отсутствие дезориентации
- 4) отсутствие зрительных галлюцинаций
- 5) всё перечисленное

22. К АЛКОГОЛЬНЫМ ПСИХОЗАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) синдром Кандинского – Клерамбо
- 2) синдром Вернике – Мана
- 3) синдром Гайе – Вернике
- 4) синдром Гаккебуша – Гейера – Геймановича

23. ВТОРЫМ НАЗВАНИЕМ КОРСАКОВСКОГО ПСИХОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) истерический
- 2) аментивный
- 3) маниакальный
- 4) амнестический
- 5) бредовый

24. КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) травматических поражениях ЦНС
- 2) шизофрении
- 3) сосудистых поражениях ЦНС
- 4) биполярных аффективных расстройствах
- 5) посттравматических стрессовых расстройствах

25. В КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ

- 1) бред
- 2) депрессия
- 3) амнезия
- 4) эйфория
- 5) дезориентация
- 6) фобия

26. У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ВОЗНИКАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ВАРИАНТ БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ

- 1) бред интерметаморфозы
- 2) бред ревности
- 3) бред овладения
- 4) бред ущерба
- 5) бред величия

27. НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРЕДОВЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

- 1) ноотропы
- 2) транквилизаторы
- 3) нейролептики
- 4) психостимуляторы

## 5) антидепрессанты

## 28. ВИДЫ ТЕРАПИИ ПРОВОДЯТСЯ В НАРКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

- 1) неотложной терапии
- 2) плановой терапии
- 3) поддерживающей терапии
- 4) всё перечисленное

## 29. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) купирование тяжёлых проявлений абстинентного синдрома
- 2) симптоматическая терапия
- 3) купирование психозов
- 4) всё перечисленное

## 30. УСЛОВНО-РЕФЛЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ (УРТ) ОТНОСИТСЯ К

- 1) рациональной психотерапии
- 2) адверсивной психотерапии
- 3) шоковой психотерапии
- 4) дидактической психотерапии

**ОТВЕТЫ**

1. (6), 2. (5), 3. (1,5), 4. (3), 5. (2,5), 6. (2), 7. (3), 8. (4), 9. (4,6), 10. ( 2), 11. (5), 12. (5), 13. (1,3), 14. (4), 15. (4), 16. (2,3), 17. (5), 18. (3), 19. (3,4,6), 20. (1), 21. (5), 22. (3), 23. (4), 24. (1,3), 25.(3,5), 26. (2), 27. (3), 28. (4), 29.(4), 30. (2).

**Критерии оценки**

27 – 30 верных ответов – отлично.

24 – 27 верных ответов – хорошо.

21 – 24 верных ответов – удовлетворительно.

Меньше 21 верного ответа – неудовлетворительно.

## Рекомендуемая литература

### Основная

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 2000. – С. 309 – 334.
2. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Психиатрия и наркология: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 2006. – С. 657 – 717.
3. Психиатрия: Учебник / М.В.Коркина, Н.Д.Лакосина, А.Е.Личко и др. – 2-е изд., доп., перераб. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 185 – 213.

### Дополнительная

1. Шайдукова Л.К. Женский и супружеский алкоголизм. Актуальные проблемы наркологии. – Казань: Издательский Дом «Мир без границ», 2006. – 176 с.
2. Шайдукова Л.К. Гендерная наркология. – Казань: Институт истории им. Ш.Марджани АН РТ, 2007. – 287 с.

### Интернет-ресурсы

1. [www.psychiatr.ru](http://www.psychiatr.ru)                      [www.psych-mosreg.ru](http://www.psych-mosreg.ru)
2. [www.nsam.ru](http://www.nsam.ru)                                [www.r-n-l.ru](http://www.r-n-l.ru)
3. <http://shaidukova.ru/>                      [www.voproisy-narkologii.ru](http://www.voproisy-narkologii.ru)
4. [www.narkotiki.ru](http://www.narkotiki.ru)

### Список использованной литературы

1. Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е.Рожнова, Э.А.Бабаяна. – М.: Медицина, 1983.
2. Альтшулер В.Б. Алкоголизм : Руководство по психиатрии. – В 2 т. / Под ред. А.С.Тиганова. – Т. 2. – М.: Медицина, 1999.
3. Альтшулер. В.Б. Клиника алкоголизма : Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. – Т. 1. – М.: Медпрактика-М, 2002.
4. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. – М.: Медицина, 1987. – 336 с.
5. Гофман А.Г. Клиническая наркология. – М.: Миклош, 2003.

6. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Психиатрия и наркология : учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832 с.
7. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. – М.: Медицина, 1983. – 526 с.
8. Личко А.Е., Битенский В.В. Подростковая наркология: Руководство. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
9. Лукачер Г.Я., Махова Т.А. Неврологические аспекты алкоголизма. – М.: Медицина, 1989. – 224 с.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – С.-Пб.: 1994. – 302 с.
11. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. – Изд. 2-е. – Л.: Медицина, 1973.
12. Пятницкая И.Н. Вопросы наркологии // 1995 – № 2 – 3. – С. 75 – 94.
13. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2002.
14. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. – Архангельск: Изд-во АГМА, 1999.
15. Стрельчук И.В. Интоксикационные психозы. – М.: Медицина, 1970 – 304 с.
16. Ураков. И.Г., Куликов В.В. Хронический алкоголизм. – М.: Медицина, 1973.
17. Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. – Ростов-на-Дону: Издательство «Феникс», 1997 – 448 с.
18. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – С.-Пб, 1999.
19. Шайдукова Л.К. Классическая наркология (для студентов, интернов, ординаторов и врачей) Учебно-методическое пособие. – Казань: Институт истории им. Ш.Марджани АН РТ, 2008. – 260 с.
20. Штерева Л. В. Клиника и лечение алкоголизма. – Л.: Медицина, 1980. – 208 с.
21. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. – М.: Медицина, 1990. – 415 с.
22. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм : Лекции по наркологии. – Изд. 2-е. / Под ред. Н.Н.Иванца. – М.: Нголидж, 2000.
23. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. – М.: Медицина, 1986.

24. Битенский В.С., Херонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. – Киев: Здоровье. 1989. – 216 с.
25. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. – Л.: Медицина, 1988.
26. Гулямов М.П. Мамкин А.Б. Патогенетические аспекты антиалкогольной терапии. – Ташкент: Медицина, 1983. – 182 с.
27. Довженко А. Р., Болотова З. Н., Артемчук А.Ф. и др. // Неврология и психиатрия. – Киев: 1983. – № 12. – С. 123 – 126.
28. Иванец Н. Н. Лекции по клинической наркологии. – М.: Медицина, 1995. – 261 с.
29. Иванец Н. Н., Дарницкий И. Д, Стрелец Н. В., Уткин С. И. Лечение алкоголизма, наркоманий и токсикоманий. – М.: Медицина, 1989. – 128 с.
30. Наркология / Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф. и др. – Пер. с англ. – М.: С.-Пб.: БИНОМ, 1998. – 318 с.
31. Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д.Менделевича. – С.-Пб.: Речь, 2007. – 768 с.
32. Шайдукова Л.К. Женский и супружеский алкоголизм. Актуальные проблемы наркологии. – Казань: Издательский Дом «Мир без границ», 2006. – 176 с.
33. Шайдукова Л.К. Гендерная наркология. – Казань: Институт истории им. Ш. Марджани АН РТ, 2007. – 287 с.





**Шайдукова Л.К.**

**АЛКОГОЛИЗМ:  
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

**Учебное пособие для студентов**

Редактор Деговцова Е.В.