Российский государственный социальный университет

филиал в г. Минске

**РЕФЕРАТ**

**по предмету «Клиническая психология»**

на тему: «Алкогольные психозы»

студентки 4-го курса (заочного отделения)

специальности «Психология»

Климовой Надежды Владимировны

г.Минск, 2007

**План реферата:**

Введение

1. Понятие и стадии алкоголизма

2.Алкогольный психоз, признаки, классификация

3.Лечение алкогольных психозов

Список литературы

**Введение**

Злоупотребление алкоголем является одной из актуальных проблем, пришедших к нам из глубокой древности.

Алкоголизм – это болезнь в результате злоупотребления алкоголем в таких дозах и с такой частотой, которые приводят к потере эффективности в работе и нарушению семейных взаимоотношений и общественной жизни и к расстройствам физического и психического здоровья. Алкоголизм во многих странах мира, включая нашу страну, представляет собой наиболее частую форму среди психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ.

Алкоголизм в социальном смысле – это неумеренное потребление спиртных напитков, оказывающее вредное влияние на здоровье, быт, труд и благосостояние общества. К сожалению употребление алкоголя целиком и полностью определяется существующими в обществе традициями и условиями. Усвоение алкогольных обычаев и привычек происходит в малой группе под влиянием групповых норм. Действительно, широкая реклама и продажа алкогольных напитков на фоне социальной, экономической и психологической напряженности, безработицы, особенно в молодежной среде, неорганизованности досуга и отдыха, неясности перспектив дальнейшей жизни для многих людей, объективно способствуют росту алкоголизации населения.

Регистрируемое ранее снижение заболеваемости хроническим алкоголизмом сменилось ростом, в том числе наиболее тяжелого его состояния, алкогольного психоза

**1. Понятие и стадии алкоголизма**

Хронический алкоголизм – это тяжелое нервно-психическое заболевание, при котором у человека развивается болезненное влечение к спиртным напиткам, со временем принимающее навязчивый характер, возникает острая «необходимость» опохмелиться. Потребность в опохмелении у таких больных настолько острая, что если их в этом не удовлетворить, они в состоянии не только работать, но и вообще двигаться.

Хроническое употребление алкоголя разрушает весь организм пьющего. Страдают почти все жизненно важные органы, такие как печень, сердце, почки, пищеварительные органы и др. Все это неизбежно ведет к превращению хронического алкоголика в соматического больного. Но преимущественным образом вредное действие алкоголя сказывается на центральной нервной системе и в первую очередь на ее высшем отделе – коре больших полушарий мозга. Это приводит к деградации всей личности и к возникновению особых алкогольных психозов. Разрушающее действие алкоголя на личность пьянствующего сказывается, прежде всего, на эмоциональной сфере. Происходит определенное огрубление личности: развивается черствость, эгоизм, безразличие не только к окружающим, но и к страданиям своей семьи. Эмоциональная неустойчивость проявляется в способности очень быстро переходить от благодушия и веселья к грусти и злобе. Хронический алкоголик не терпит никаких возражений. Малейшее сопротивление его домогательствам вызывает у него чувство ярости. В то же время часто общий фон настроения несет на себе отпечаток эйфории с некритическим отношением к своему положению. Появляется склонность к шутовству, балагурству, причем содержанием этого юмора как раз является то, что у здорового человека не может вызвать смеха. Алкоголик делает предметом шутки, как свое собственное падение, так и все те огорчения и боль, которые он причиняет своим родным. Такого рода юмор составляет довольно типичное явление для сниженного интеллекта хронического алкоголика.

Совершенно очевидно, что все эти свойства психики хронических алкоголиков чрезвычайно часто приводят к нарушению закона. Хулиганские поступки, оскорбления словом и действием, сексуальные правонарушения, воровство, прямые бандитские преступления - вот основной перечень правонарушений, совершаемых хроническим алкоголиком. Судебно-психиатрическая оценка этого состояния, как правило, не представляет особого затруднения. Хотя здесь и имеются определенные изменения личности, но в основном они сводятся к изменению характера, не лишающему алкоголика способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Так что в отношении совершенных правонарушений хронические алкоголики в подавляющем большинстве случаев признаются вменяемыми. Редкими исключениями являются только те случаи, когда имеется картина выраженного слабоумия. Следует заметить, что это чаще наблюдается уже в более пожилом возрасте и, как правило, сопровождается выраженным артериосклерозом головного мозга. В тех случаях, когда эти органические деструктивные нарушения уже свидетельствуют о психической болезни, вменяемость за содеянное, естественно, исключается.

Выделяют три стадии развития алкоголизма.

Первая стадия (неврастеническая) развивается обычно после многолетнего злоупотребления алкогольными напитками. Переносимость алкоголя возрастает гораздо быстрее, чем на этапе бытового пьянства, поскольку уже нет защитного рвотного рефлекса, который защищал бы организм от чрезмерных доз. Появляется устойчивость не только к дозе, но и к частоте употреблении спиртного, поскольку организм приспосабливается (адаптируется) к действию алкоголя. Здоровый Человек, выпив лишнее Накануне утром испытывает отвращение к спиртному; даже его запах может вызвать позыв к рвоте. Таким образом, организм защищается от продолжения употребления алкоголя. Утреннее отвращение к спиртному - это тоже защитная реакция организма, как и рвотный рефлекс.

А у больного алкоголизмом чувство отвращения к спиртному исчезает, и уже на первой стадии он может позволить себе выпить не только вечером, но и утром. Из-за того что организм приспосабливается к постоянному воздействию алкоголя, эффект прежней дозы угасает, чтобы достичь желаемой степени опьянения, алкоголик наращивает дозы спиртного и толерантность быстро нарастает. Первую стадию алкоголизма еще называют стадией возрастающей (устойчивой) толерантности - переносимость спиртного достигает своего максимума к концу первой стадии и во второй стадии стабилизируется. Тяга к ним становится труднопреодолимой, формируется психическая зависимость. Изменяется характер опьянения: вместо желаемой эйфории появляются раздражительность, подавленность.

Провалы в памяти - один из характерных симптомов алкоголизма. На первой стадии они проявляются в сравнительно легкой форме. Подросток не может отчетливо и последовательно рассказать о периоде опьянения, не может вспомнить отдельные детали, эпизоды, но основные события, происходившие в период опьянения, помнит. Или воспоминания о периоде опьянения смутные, неотчетливые, все происходившее как бы в тумане. Этот симптом называется палимпсестом, он возникает после опьянения средней глубины. А при глубоком опьянении возникает более тяжелый симптом; он называется амнезией или блэк-аутом. Больной алкоголизмом не может вспомнить целый период, нередко довольно продолжительный. Это и есть провалы в памяти, или амнезии, -грозный симптом, который указывает на то, что алкоголь разрушающе действует на центральную нервную систему.

Раннее появление провалов памяти - плохой признак для прогноза заболевания и чаще всего свидетельствует о злокачественном течении алкоголизма. На первой стадии амнезии обычно возникают только после тяжелого опьянения. Дальше они становятся постоянными и на второй и третьей стадиях возникают после каждого опьянения. При сформированном алкоголизме симптомы объединяются в комплексы; комплекс взаимосвязанных симптомов называется синдромом.

Ранее уже говорилось об измененной реактивности организма - это синдром, который включает несколько симптомов, а именно:

1.утрату защитного рвотного рефлекса;

2. утрату чувства отвращения к спиртному по утрам;

3. изменение формы потребления алкоголя - переход от эпизодического к систематическому потреблению;

4. способность организма нормально функционировать при многодневном потреблении спиртного;

5. изменение проявлений опьянения (исчезновение успокаивающего действия алкоголя и появление активирующего, стимулирующего эффекта, утрированное проявление черт характера в опьянении).

Второй важный синдром, который появляется на первой стадии алкоголизма, синдром психической зависимости. Проявляется зависимость психического состояния человека от присутствия или отсутствия в его организме алкоголя. Сформировавшись на начальной стадии алкоголизма; этот синдром в дальнейшем существует на всем протяжении заболевания.

Интенсивность психического влечения (тяги)к алкоголю прогрессивно нарастает. В трезвом состоянии все мысли сконцентрированы на том, кА бы выпить. Человек пропускает ни одной возможности. Если выпить не удается, то это вызывает недовольство, чувство неудовлетворенности, плохое настроение. Это состояние называется психическим дискомфортом. В этом и проявляется психическая зависимость от алкоголя. В трезвом состоянии человек чувствует себя дискомфортно, а в опьянении ощущает полный психический комфорт.

Длительность первой стадии алкоголизма различна. У взрослых она составляет 3-5 лет, у подростков ее продолжительность сокращается до 1-2 лет.

Началом второй стадии является возникновение неодолимого влечения к алкоголю. Если на первой стадии такое влечение может возникнуть только в состоянии опьянения при превышении « пороговой» дозы; то во второй стадии неодолимое влечение (его еще называют компульсивным) возникает и в трезвом состоянии. Влечение к алкоголю уже не зависит от ситуации. Оно существует постоянно.

Количество потребляемого спиртного, достигнув максимума в конце первой стадии, на второй стадии остается стабильным и больше не повышается. Поэтому эту стадию еще называют стадией устойчивой толерантности. На этой стадии заболевания еще больше изменяется состояние опьянения: успокаивающий эффект полностью исчезает, и алкоголь оказывает стимулирующее действие. Сон наступает лишь после приема большой дозы спиртного. Вместо веселья и благодушия в опьянении возникают раздражительность, недовольство беспричинная злоба и агрессия. Такое опьянение называется дисфорическим,т. е. состоянием, противоположным эйфории - беспечному благодушию, которое свойственно первой стадии алкоголизма. По незначительному поводу подросток, больной алкоголизмом второй стадии может наброситься с кулаками на родителей, брата, сестру, незнакомых людей, прохожих, может подраться и со своим собутыльником. В пьяном виде он может вступить в драку даже с человеком, физически намного более сильным, или оказать бессмысленное сопротивление сотрудникам правоохранительных органов. Амнезии (провалы в памяти) становятся регулярными и возникают практически после каждого опьянения не только глубокой, но и средней степени.

На второй стадии алкоголизма возникает похмельный синдром и потребность в опохмелении.

Похмельный синдром - один из наиболее рельефных симптомов алкоголизма, его еще называют алкогольным абстинентным синдромом или алкогольной абстиненцией.

Термин «абстиненция» происходит от латинского «abstinentia» - воздержание, «abs» - отсутствие. Суть его состоит в том, что организм, перестроившись под влиянием длительного и массивного употребления алкоголя, уже не может без него нормально функционировать, и возникает физическая (а не только психическая, как на первой стадии) потребность в алкоголе. Если прием спиртного резко прекращается, организм бурно реагирует, не получая того, что уже является насущной необходимостью.

На второй стадии алкоголизма к уже имеющимся синдромам измененной реактивности и психической зависимости присоединяется и синдром физической зависимости, он означает зависимость физического (а не только психического, как на первой стадии) состояния от присутствия или отсутствия в организме алкоголя. Этот синдром служит проявлением объективной потребности организма в приеме алкоголя.

В синдром физической зависимости входят следующие симптомы и синдромы:

1) непреодолимое (компульсивное) влечение к алкоголю;

2) потребность в физическом комфорте;

3) алкогольный абстинентный синдром (синдром похмелья).

Влечение к алкоголю столь интенсивно, что полностью определяет поведение. Поведение больного алкоголизмом становится вынужденным, зависимым от влечения. Непреодолимое влечение возникает и в опьянении, и в состоянии похмелья, и в трезвом состоянии. Из-за этого полностью утрачивается не только количественный, по и ситуационный контроль. Больной алкоголизмом не способен отказаться от употребления спиртного даже в неподобающей ситуации.

Большинство больных опохмеляются уже с утра дотерпеть до вечера они не в состоянии. Выпив, алкоголик чувствует облегчение, все симптомы смягчаются или исчезают. Если он выпивает минимальную для опохмеления дозу, то похмельные симптомы лишь ослабевают но полностью не исчезают. Если выпьет больше, чем нужно для опохмеления, то опьянеет и будет продолжать пить.

Выпитая доза действует лишь несколько часов (чем длительнее заболевание, тем короче этот период), затем все симптомы похмелья возвращаются, и больной алкоголизмом должен выпить еще, а через несколько часов – еще. И так за день набирается значительное количество больше, чем выпито накануне. И наутро все возобновляется в еще более тяжелой степени. И так далее. Возникает многодневное пьянство, которое называется запоем

Запой - это уже крайне тяжелое проявление алкоголизма. Здесь полностью отсутствует не только количественный, но и ситуационный контроль.

В течение запоя возникают многие психические нарушения и расстройства деятельности внутренних органов При резком обрыве тяжелого и длительного запоя могут возникнуть тяжелые психические расстройства - галлюцинации и белая горячка (алкогольный делирий) что может привести к смерти.

На второй стадии алкоголизма появляются заметные изменения характера больного, которые называются алкогольным изменением личности. Больные алкоголизмом становятся лживыми, эгоистичными, черствыми и грубыми, а иногда и жестокими. Все прежние интересы и привязанности угасают. Некоторые становятся апатичными, ко всему безразличными и оживляются лишь при предстоящей выпивке. Постепенно нарастает алкогольная деградация личности. Ухудшается память, интеллектуальные способности резко ослабевают, больной не способен к интеллектуальным видам деятельности, к обучению.

Длительность второй стадии у взрослых составляет 8- 13 лет, у подростков - 3-5 лет.

**В третьей (энцефалопатической**) стадии влечение к алкоголю становится для больного непреодолимым. Резко падает толерантность к алкоголю. В результате опьянение наступает даже от незначительной дозы спиртного и сопровождается дисфорией, агрессивностью, легкой оглушенностью. Появляется амнезия на весь период опьянения. Абстиненция становится продолжительной (до 6-7 дней) и сопровождается резкими соматическими и неврологическими нарушениями, судорожными припадками. Прием алкоголя идет либо систематически, либо периодически в виде запоев продолжительностью 4—10 дней. Нарастает тяжелая личностная деградация с исчезновением эмоциональных привязанностей, чувства долга и ответственности, с циничностью и исчезновением чувства такта, бахвальством и «алкогольным юмором». У больных снижается активность, ухудшается память. Происходит социальная деградация, разрушаются родственные отношения. В тяжёлых случаях развивается алкогольная деменция.

Алкоголизм в детском, подростковом возрасте и у женщин отличается злокачественностью течения и приводит к личностному регрессу уже через 2—3 года от начала систематической алкоголизации.

Длительное злоупотребление алкогольными напитками сказывается на состоянии всего организма. Метаболические расстройства проявляются склонностью к ожирению или истощению! Лицо становится одутловатым, на носу и щеках расширяются мелкие кровеносные сосуды. Вследствие хронической интоксикации нарушается функция внутренних органов. Развивается алкогольная кардиомиопатия, алкогольный гепатит, а затем цирроз печени. Также алкоголизму часто сопутствуют гастриты, артериальная гипертензия, эндокринные расстройства, снижение потенции. Последнее часто сопровождается патологической ревностью, вплоть до бреда. Может развиться алкогольный полиневрит.

При алкоголизме страдает и репродуктивная система. Неполноценность отдельных: звеньев метаболизма закрепляется и передается генетически. У детей, родившихся от родителей, страдающих алкоголизмом, может наблюдаться «алкогольный синдром плода. У них обнаруживаются повышенная психомоторная возбудимость, отставание физического и психического развития, различные пороки внутренних органов и частей тела.

**2. Алкогольный психоз, признаки, классификация**

Алкогольные психозы – психозы, возникновение и развитие которых связаны с алкоголизмом, а клиническая картина выражается в экзогенном типе реакций, с грубыми нарушениями отражения действительности и психоорганическими расстройствами.

Алкогольные психозы – различные по клиническим проявлениям и течению нарушения психической деятельности, возникающие во II и III стадиях алкоголизма. Алкогольный психоз развивается не в связи с непосредственным действием алкоголя, а под влиянием продуктов его распада и продуктов нарушенного обмена. В частности, наиболее распространенные психозы – делирии и галлюцинозы – возникают, как правило, не в период запоев, т.е. на высоте алкогольной интоксикации, а во время абстиненции, когда содержание алкоголя в крови резко снижается. У лиц, не страдающих алкоголизмом, алкогольные психозы не появляются даже при исключительно больших дозах спиртного (опоях). Часто возникновению психозов предшествуют дополнительные вредности – травмы, острые инфекционные заболевания, психические стрессы, способствующие развитию психотической реакции со стороны измененной центральной нервной системы больных алкоголизмом.

**Белая горячка (алкогольный делирий)** возникает обычно на фоне похмелья, при внезапном прекращении пьянства или в периоде воздержания, в случаях присоединения соматических заболеваний, травм (особенно переломов). С наибольшим постоянством делирий возникает на 7-10 году алкоголизма. Значительно чаще по сравнению с женским алкоголизмом эта форма психоза наблюдается у мужчин. Развитие делирия увеличивается с возрастом, что связано как с соматическим состоянием больных, так и с длительностью заболевания. В этиологии этого заболевания, кроме самого алкоголя, по-видимому, большое значение приобретают те болезненные нарушения в организме человека в целом и в первую очередь в печени, которые являются следствием длительной алкогольной интоксикации. Развитию белой горячки могут способствовать различные дополнительные вредности, такие, как травма, инфекции и психические потрясения

 Начальными симптомами психоза являются ухудшение ночного сна, появление вегетативных симптомов и тремора, а также общая оживленность больного, отмечаемая в его движениях, речи, мимике и особенно настроении. На протяжении короткого времени можно отметить самые различные оттенки настроения, в то время как в периоде похмельного синдрома настроение однообразно, характеризуется подавленностью и тревогой. Необычная смена настроения и общая оживленность усиливаются к вечеру и ночью, в то время как днем эти расстройства резко уменьшаются и даже могут совсем исчезнуть, что позволяет больному выполнять свои профессиональные обязанности. При нарастании симптомов психоза появляется полная бессонница, на фоне которой сначала возникают зрительные иллюзии, а затем различные галлюцинации и бред.

Для этой формы психоза характерны:

* преобладание истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий и парейдолий;
* резко выраженное двигательное возбуждение в сочетании с напряженным аффектом страха и образным бредом;
* дезориентировка во времени, месте наряду с сохранностью самосознания.

Продолжительность алкогольного делирия в основном составляет от 2 до 8 дней.

Белая горячка обычно начинается с периода предвестников, как правило, кратковременных. Предвестниками психоза являются бессонница, кошмарные сновидения, пробуждаясь от которых больной долго не может реально воспринимать окружающее. Отдельные образы сновидений в виде зрительных и слуховых обманов чувств вторгаются в реальность, пугают и путают его. Характерным для таких состояний является усиление имеющегося у хронических алкоголиков дрожания конечностей. Интересно отметить, что иногда во время такого предгорячечного состояния у больных полностью исчезает влечение к вину и потребность в нем. Они перестают пить, так как спиртное начинает вызывать у них отвращения. Сам приступ белой горячки возникает внезапно, остро, обычно в ночное время, массовым наплывом галлюцинаторных переживаний, в первую очередь зрительных. Чаще это насекомые (клопы, тараканы, жуки, мухи) и мелкие животные (кошки, крысы, мыши). Реже больные видят крупных животных и людей, в ряде случаев имеющих фантастический облик. Очень характерны видения змей, чертей, а также умерших родственников, так называемые блуждающие мертвецы. В одних случаях зрительные иллюзии и галлюцинации единичны, в других – множественны и сценоподобны, т.е. больной видит сложные картины. Нередко отмечаются слуховые, тактильные, обонятельные галлюцинации, ощущения нарушения положения тела в пространстве. Настроение больных крайне изменчиво. В нем в точение короткого времени можно отметить страх, благодушие, недоумение, удивление, отчаяние. Больные обычно непрерывно двигаются, мимика их выразительна. Двигательные реакции соответствуют господствующим в данный момент галлюцинациям и аффекту – при страхе и устрашающих видениях больной прячется, обороняется, возбужден; в периоды благодушия – пассивен.

Если принимать во внимание, что все описанные выше переживания ощущаются больным с полной реальностью, то становится понятной та большая опасность, которую представляет для окружающих находящийся в таком состоянии человек. Любой предмет домашнего обихода в его руках превращается в орудие агрессии. Защищая себя от мнимой опасности и мнимых врагов, он сам становится совершителем различных правонарушений, среди которых на первом месте стоят тяжелые увечья и даже убийства. Картина белой горячки настолько ярка и очевидна, что едва ли могут возникнуть сомнения в наличии психического заболевания при проведении экспертизы по поводу совершенных противоправных действий, причем естественно, ответственность больных полностью снимается и такие лица признаются в момент преступления невменяемыми.

**Алкогольный галлюциноз.** Алкогольный галлюциноз составляет 5-11% общего числа алкогольных психозов, занимая второе место по распространенности после делирия. Алкогольные галлюцинозы значительно чаще встречаются у больных алкоголизмом женщин. Подобно белой горячке, алкогольный галлюциноз является заболеванием, возникающим у хроническим алкоголиков в результате длительных многолетних злоупотреблений спиртными напитками.

Основным признаком алкогольного галюциноза, отличающим его от белой горячки, является то, что он протекает на фоне ясного сознания и сохранной ориентировки. В клинической картине отмечается явное преобладание слуховых галлюцинаций, в то время как при белой горячке на первом месте стоят нарушения зрительных восприятий в форме иллюзорных и галлюцинаторных переживаний. Слуховые галлюцинации преимущественно воспринимаются в форме голосов – мужских, женских, детских. Реальность их полная. Чаще всего, не обращаясь непосредственно к больному, они ведут между собой разговор о нем, ругая его, оскорбляя и угрожая самыми тяжелыми расправами и карами. Постоянно слышатся фразы, подобные следующим: «пьяница, вор, доберемся до тебя», «от нас не уйдет – все равно ему конец», «резать будем на куски» и т.д. Иногда голоса принимаются спорить о больном: один доказывает необходимость немедленной и самой жестокой расправы над ним, другие склонны его защищать, предлагая смягчить наказание, уменьшить его. В некоторых случаях голоса, перечисляя все подробности жизни больного, начинают издеваться над ним. Становясь насмешливыми, они зло иронизируют над теми или иными событиями прошлого и тем приводят больного в ярость. Часто угрозы направлены в адрес не самого больного, а его семьи, родных. Голоса угрожают их убить, искалечить, изнасиловать. Одновременно и как бы в подтверждение этого больной слышит крики о помощи своей жены, детей, родственников. В этих случаях могут присоединиться и зрительные обманы в виде окровавленных трупов, каких-то зловещих образов, вооруженных людей, размахивающих ножами, и т.д. но такие галлюцинации менее ярки, чем белогорячечные, и возникают только в особых условиях – в темноте и при закрытых глазах.

Галлюцинаторные переживания при алкогольном галлюцинозе способствует формированию идей преследования, переходящих в прямые бредовые переживания. Больной начинает считать, что шайка каких-то врагов и злоумышленников устраивает слежку за ним и его семьей. Какие-то «шпионы» и «бандиты» хотят их убить и ограбить. В соответствии с этим развивается общая тревожность, страх. Действия больного полностью отражают эти его переживания и опасения. Он убегает, прячется, совершает поступки, непонятные для наблюдающих его со стороны: прячет ценные вещи, закапывает их, относит на хранение; предлагает родным немедленно уехать куда-нибудь подальше, скрыться и т.д. Естественно, что подобные переживания могут привести больного к совершению самых различных правонарушений.

В отличие от алкогольного делирия при галлюцинозе сознание не помрачено – больные правильно ориентированы в месте и времени, доступны контакту, сохраняют воспоминания о своих переживаниях и поведении в психотическом состоянии.

Лечение хронического алкогольного галлюциноза, особенно при многолетнем течении, не приводит к желаемым результатам. Однако настойчиво проводимая терапия при условии полного воздержания от вина может освободить некоторых больных от галлюцинаторных переживаний.

**Алкогольный параноид -** алкогольный психоз, основным симптомом которого является бред. Возникает в состоянии синдрома похмелья и на высоте запоя. Содержание бредовых идей исчерпывается преследованием или ревностью (идеями супружеской неверности). В первом случае больные считают, что существует группа людей, желающих их ограбить или убить. В жестах, поступках и словах окружающих они видят подтверждение своих мыслей. Характерна растерянность, напряженная тревога, часто сменяющаяся страхом. Поступки больных носят импульсивный характер – они спрыгивают на ходу с транспорта, внезапно бросаются в бегство, обращаются за помощью к органам государственной власти, иногда совершают нападения на воображаемых врагов. В ряде случаев бред сопровождается необильными словесными иллюзиями и галлюцинациями, отдельными делириозными симптомами, возникающими в вечернее и ночное время. Течение этой формы параноида обычно кратковременное – от нескольких дней до нескольких недель. Изредка психоз продолжается месяцы.

Характерно, что алкогольный параноид возникает скорее как первичный бред, не зависящий от галлюцинаций, и структура его возникновения и развития протекает чаще по паранояльному типу, с известной зависимостью от внешних, психогенных мотивов. Однако встречаются картины и определенно параноидной структуры, когда многое зависит от галлюцинаторных переживаний, в дальнейшем способствующих формированию бредовых идей и придающих им ту или иную конкретную форму и наполняющих их определенным содержанием.

В тех случаях, когда переживания хронического алкоголика ограничены одними идеями ревности, налицо лишь определенные характерологические особенности, заостренные специфическим в этом отношении влиянием длительной алкогольной интоксикации. Естественно, что и судебно-психиатрическая оценка такого состояния не выходит за рамки тех общих положений, которые существуют при проведении экспертизы по поводу правонарушений, совершенных хроническим алкоголиком, т.е. лица признаются вменяемыми и ответственными за совершенные ими правонарушения. У алкоголиков с психопатическими состояниями чертами характера при определенной реальной ситуации возможно появление сверхценных идей ревности и паранояльного развития с преобладанием переживаний, связанных с идеями ревности.

Коренным образом дело меняется, когда идеи ревности начинают приобретать бредовый характер, т.е. начинается формирование алкогольного параноида как заболевания. Речь идет о формировании алкогольного параноида, а не об алкогольном бреде ревности потому, что в этом случае переход идей ревности в бредовую форму происходит не в виде количественного усиления и нарастания интенсивности болезненных переживаний, а как их качественное изменение. Теперь уже круг болезненных переживаний не замкнут одной идеей ревности. Если она и играет ведущую роль, то все равно сопровождается еще рядом бредовых переживаний: идей преследования, отношения, отравления и т.д., т.е. дает оформленную картину параноидного синдрома в целом.

**Алкогольные энцефалопатии** – алкогольные психозы, развивающиеся в связи с нарушениями обмена и в первую очередь витаминов группы В и PP. Алкогольные энцефалопатии возникают вследствие многолетнего алкоголизма, сопровождающегося хроническим гастритом или энтеритом и, как следствие последних, нарушением всасывания в кишечнике. Алкогольные энцефалопатии развиваются преимущественно у тех лиц, которые пьют много, но очень мало едят. Чаще всего алкогольные энцефалопатии возникают в весенние и первые летние месяцы. Их условно делят на острые и хронические. Между ними нет резких переходов. Самая частая форма острых алкогольных энцефалопатий – энцефалопатия Гайе-Вернике. Начало чаще всего постепенное, продолжается 2–3 мес., реже больше. Появляется нарастающая астения, в которой преобладают слабость, истощаемость в сочетании с расстройствами памяти. Снижается, а затем полностью исчезает аппетит, расстраивается ночной сон, несколько реже развиваются поносы и рвоты, головные боли и головокружения, потеря равновесия, явления полиневрита. В последующем развивается полная картина болезни. Возникающие психозы чаще всего представляют собой стертые и неразвернутые делириозные картины, реже – тревожно-бредовые состояния. Спустя несколько дней – две-три недели после появления психотических нарушений – психическое состояние начинает определяться либо симптомами апатического ступора, либо оглушенностью, переходящими в кому. Без лечения заболевание чаще всего заканчивается смертью. Неврологические расстройства постоянны и велики. Из вегетативных симптомов обычно отмечаются нарушения сердечного ритма, лихорадка центрального происхождения, нарушения дыхания, слабость сфинктеров. Постоянно можно наблюдать повышение мышечного тонуса. Резко повышена чувствительность к боли, напр. к уколам. Часты разнообразные гиперкинеза. Появление паралича глазодвигательных мышц, светобоязни, нистагма обычно говорит о высшей фазе болезни. Всегда можно выявить различные по интенсивности и локализации явления полиневрита. Общее физическое состояние больных характеризуется прогрессирующим похуданием вплоть до резкой кахексии. Кожные покровы бледной или же темно-бурой окраски.

К хроническим формам алкогольной энцефалопатии относятся корсаковский психоз и алкогольный псевдопаралич. В одних случаях они развиваются постепенно, в течение ряда месяцев, и тогда по характеру начала соответствуют энцсфалопатии Гайе-Вернике, в других – остро, после алкогольных психозов, как правило после белой горячки.

Корсаковский психоз проявляется нарушениями памяти: больной ничего не запоминает из текущих событий или запоминает мало; отмечаются ретроградная амнезия, ложные воспоминания – конфабуляции, касающиеся повседневных событий. Последние могут быть выражены в различной степени, иногда отсутствуют. Больные вялы, пассивны, не проявляют интереса к окружающему. Речевые и двигательные реакции обеднены. Из неврологических расстройств чаще всего встречаются различные по интенсивности явления полиневрита. Заболевание тянется месяцы, иногда годы. При прекращении пьянства возможны улучшения. Алкогольный псевдопаралич характеризуется деменцией с выраженными изменениями памяти, потерей приобретенных знаний и навыков, глубокими нарушениями суждения, исчезновением сознания болезни и критики. Фон настроения определяется беспечностью и в ряде случаев идеями величия. Иногда преобладают расстройства запоминания в сочетании с конфабуляциями. По течению аналогичен корсаковскому психозу.

**Корсаковский психоз.** Корсаковский психоз (болезнь Корсакова) - это заболевание, которое возникает у лиц, длительно злоупотребляющих спиртными напитками, особенно из числа тех, которые пьют различного рода суррогаты (неочищенный спирт-сырец, самогон и т.п.). Корсаковский психоз развивается преимущественно на конечной стадии алкоголизма.

В картине психических нарушений на первый план выступают характерные расстройства памяти. Способность запоминания значительно нарушается. Больной не способен дать ответ на самые простые вопросы, а именно, обедал он или нет, заходил ли к нему только что кто-нибудь и т.д. Он многократно здоровается с врачом или сестрой, так как стоит им выйти из палаты, как он уже не помнит, видел он их или нет, и поэтому вошедшие в нее снова через несколько минут являются для него впервые увиденными. В беседе он мгновенно забывает то, что сказал сам и услышал от других, и в силу этого способен помногу раз спрашивать об одном и том же и повторять уже сказанное. Пробелы памяти восполняются псевдореминисценциями и конфабуляциями. Характерной особенностью этих симптомов при корсаковской болезни, в отличие от прогрессивного паралича или других органических психозов, является отсутствие в них элемента фантастичности и нереальности. Больной рассказывает о событиях, которые, может быть, и не имели места в его жизни в таком виде, как он о них сообщает, но, принимая во внимание его положение и образ жизни до болезни, вполне можно допустить, что они произошли. Чаще всего сообщаемое больным действительно происходило с ним несколько месяцев или лет назад до болезни, например, находящийся длительное время в больнице больной сообщает врачу, что он вчера вернулся из командировки или из дома отдыха, что он проводил собрание, был на выставке или в театре.

Расстройствами памяти на текущие события объясняются резко выраженные у страдающих корсаковским психозом нарушения ориентировки в пространстве и времени. Но, несмотря на тяжелые нарушения памяти, восприятие и мышление таких больных оказывается измененным в значительно меньшей степени, и поэтому ядро личности как бы остается сохранным.

В лечении на первом месте стоит немедленное и полное прекращение употребления спиртных напитков. Одно выполнение этого обязательного условия может повлечь обратное развитие симптомов болезни.

Судебно-психиатрическое значение корсаковской болезни невелико, во-первых, уже потому, что сама эта нозологическая форма встречается весьма редко. Вопрос об экскульпации стоит только в тех случаях, когда можно с достоверностью доказать, что криминальные действия явились следствием болезненных нарушений памяти, если же имеют место дефекты памяти, с которыми больной научился в известной мере справляться, и личность его в целом достаточно сохранена, вменяемость при преступлении не подвергается сомнению.

**Алкогольный псевдопаралич.** Подобно корсаковскому психозу, алкогольный псевдопаралич развивается у лиц, длительно злоупотребляющих алкогольными суррогатами. Предрасполагающим моментом к его развитию является наблюдаемое в особенно сильной степени у некоторых алкоголиков резкое расстройство питания с нарушением обмена веществ, сопровождаемое явлениями авитаминоза. В психической сфере таких больных на первый план выступают явления интеллектуальной деградации. Больной не осознает своей неполноценности, не замечает совершаемых просчетов и ошибок. Фон настроения преобладает благодушный, эйфоричный. Одновременно начинает развиваться переоценка своей личности, принимающая в выраженных стадиях болезни характер нелепого бреда величия. Дальнейшее развитие болезни ведет к известному снижению психической активности, в силу чего продуктивная симптоматика в форме галлюцинаторных и бредовых переживаний меркнет, утрачивает характер системности, и больные пребывают в состоянии вялости и безразличного отношения к окружающему.

С неврологической стороны при алкогольном псевдопараличе отмечается вялая реакция зрачков на свет, некоторая дизартричность речи, боли в конечностях. При более легких формах зрачковые рефлексы могут не страдать, а наблюдаются только нарушения в сухожильных рефлексах, выраженный тремор пальцев рук, полиневритические явления.

Болезнь встречается весьма редко и судебно-психиатрическое значение ее крайне незначительно. Естественно, что во всех тех случаях, когда в период совершения криминальных действий имевшаяся психотическая симптоматика в форме галлюцинаторных и бредовых переживаний и степень интеллектуального снижения и деградации позволяли поставить диагноз псевдопаралича, эксперт приходил к признанию такого испытуемого невменяемым.

**Алкогольная депрессия** появляется всегда на фоне синдрома похмелья. Характеризуется подавленно-тревожным настроением, идеями самоуничижения, слезливостью, а также отдельными идеями отношения и преследования. Продолжительность – от нескольких дней до 1–2 недель. Именно в состоянии алкогольной депрессии больные алкоголизмом чаще всего кончают жизнь самоубийством.

**Алкогольная эпилепсия** является симптоматической и связана с явлениями токсикоза. Припадки возникают чаще всего на высоте опьянения в период похмельного синдрома или в течение алкогольного делирия. Как правило, отмечаются эпилептиформные припадки. Малых припадков, сумеречных помрачений сознания, аур при алкогольной эпилепсии не бывает. С прекращением злоупотребления алкоголем припадки исчезают.

**Алкогольный бред ревности** (супружеской неверности) возникает почти исключительно у мужчин, как правило, после 40 лет, развивается исподволь. Вначале больной отмечает, что жена стала к нему относиться невнимательно, а со временем просто с неприязнью. Все чаще, по его мнению, она проявляет холодность в интимных отношениях и даже просто уклоняется от них. Одновременно ему кажется, что жена начинает тщательнее следить за своим внешним видом, старается молодиться, все чаще куда-то уходит, постоянно везде задерживается, а придя домой, выглядит необычно оживленной и смущенной. Алкоголик груб, возбудим, несдержан, требует объяснений, что влечет за собой все учащающиеся скандалы. Однако поведение жены лишь «ухудшается». Подозрения о неверности, вначале смутные и возникающие в связи с запойными состояниями, становятся со временем определенными и постоянными. Больной утверждает, что жена изменяет ему обычно с кем-нибудь из мужчин ближайшего окружения – молодыми родственниками, соседями по квартире или дому. Если вначале «измены» совершаются вне дома, то со временем жена «наглеет» и предается «разврату» уже в своей квартире. Больной начинает следить за женой, в ряде случаев обращается за помощью к органам власти и может даже применить в отношении жены насильственные действия. С течением времени при продолжающемся пьянстве больной начинает говорить о том, что жена изменяла ему в прошлом, еще до замужества, и что дети на самом деле родились не от него, а от других мужчин. Бред ревности может принять хроническое течение с периодическими обострениями.

**3. Лечение алкогольных психозов**

Больных с алкогольными психозами необходимо срочно поместить в специальную больницу. В психиатрической клинике связанные с алкоголизмом проблемы решаются несколькими путями. Острые расстройства поведения, вызванные тяжелым запоем или симптомами похмелья в виде белой горячки могут потребовать срочной госпитализации для того, чтобы можно было начать процедуры вытрезвления. Кроме того, в таком состоянии пациент может представлять опасность для самого себя или для окружающих.

Алкоголь наносит вред организму, во-первых, из-за прямого токсического воздействия как на центральную нервную систем, так и на другие органы, например, на печень, где он действует как яд, а во-вторых, из-за ослабления всасывания из желудочно-кишечного тракта некоторых витаминов, в частности тиамина витаминов группы В. Сама диета обычно уже не содержит достаточного количества витаминов, поскольку алкоголь в какой- то мере замещает пищу, давая калории энергии, но не поставляет адекватного количества белков и витаминов.

Таким образом, первоочередной мерой при угрозе белой горячки или более серьезных последствий в виде психоза Корсакова или энцефалопатии Вернике является лечение токсического эффекта и сопровождающего его дефицита витаминов. Если все же такие осложнения наступают, то собственно бред лечится помощью препаратов, которые позволяют пациенту пройти через похмелье и связанное с ним гипервозбуждение мозга, длящее несколько дней, по мере того как проходит седативное действие алкоголя. Эти лекарства могут помочь в лечении спутанности сознания пациента. Может назначаться либо фенотиазиновый препарат (хлориромазин или тиоридазин), либо бензодиазепин. В последнее время было установлено, что наиболее эффективны средством для контролирования симптомов похмелья являете хлорметиазол. Одновременно должна даваться мощная поддержка в виде витаминов, в частности тиамина, в больших доза; если имеются признаки развития психоза Корсакова или энцефлопатии Вернике. Белая горячка обычно при таком лечении проходит за несколько дней, но у пациентов с долговременными алкогольными проблемами может развиться резидуальная деменция, если лечение тиамином было произведено слишком поздно или если процесс зашел слишком далеко.

Лечение страдающих алкоголизмом с учетом алкогольного изменения психики, деградации должно проводиться даже при отсутствии у больного желания лечиться. Врач должен применить максимум усилий для убеждения в необходимости добровольного лечения и абсолютного последующего воздержания от употребления алкоголя. Лечение следует начинать как можно раньше.

Для профилактики алкоголизма применяют комплекс социальных и медицинских мероприятий. Вся работа по организации выявления и лечения лиц, злоупотребляющих алкоголем, должна проводиться на фоне широко организованного противоалкогольного воспитания населения.

Различают 3 ступени профилактики:

* первичная профилактика – предупреждение пьянства и возникновения алкоголизма;
* вторичная профилактика – комплексное лечение с последующими курсами противорецидивной терапии;
* третичная – социальная реабилитация и реадаптация больных.

Наиболее эффективной мерой профилактики алкоголизма является антиалкогольное воспитание подрастающего поколения. Большое значение должно придаваться санитарно-просветительной работе, целью которой является ознакомление населения с действием алкоголя на организм, включая и малые его дозы, с риском формирования алкоголизма как болезни.

В борьбе с алкоголизмом важно преодолеть вековые традиции, связанные с образом жизни, социальной психологией человека. Сегодня не все еще понимают и трезво оценивают всю сложность предстоящей работы. Кампанейщина только компрометирует борьбу с алкоголизмом. В изучении социальных причин пьянства и алкоголизма требуются новые подходы во взаимосвязи с проблемами гигиенического воспитания населения, с учетом психологии современного человека.

**Список литературы**

1. Бортникова С.М., Зубахина Т.В. «Нервные и психические болезни».Серия «Медицина для Вас». Ростов- на Дону : «Феникс»,2000-480с.

2. Еникеева Д.Д. «Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков»:Учебн. Пособие для студ. сред. и высш. пед учеб. заведений.-М.: Издательский центр «Академия»,1999-144с.

3. Психиатрия. Под ред.Р. Шейдера.Пер.с англ.-М.;Практика,1998-485с.

4. М.Т. Хэзлем «Психиатрия: вводный курс». Пер.с англ.-М.: ООО «Фирма» «Издательство АСТ», Львов: «Инициатива»,1998-624с.

5.Фридман Л.С..Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х, Хайман С.Е. «Наркология»: пер.с англ.-2-е изд., испр.-М.;СПб.: «Издательство БИНОМ»-«Невский Диалект»,2000-320с.