

Алкоголизм — систематическое злоупотребление алкоголем. В том случае, когда речь идет о «бытовом» пьянстве, используется термин «донозологические формы злоупотребления алкоголем». В этих вариантах уже возможна абстиненция, но еще не сформировались синдром зависимости и абстинентный алкогольный синдром.

В этиопатогенезе хронического А. огромное значение имеют обычно сочетающиеся между собой факторы — такие, как алкогольная психопатическая или психопатологическая наследственность, органические поражения

ЦНС, алкогольные эксцессы и традиции в семье и ближайшем окружении, неадекватное воспитание (преимущественно с гипоопекой и безнадзорностью), патологический преморбид — психопатический или психопатоподобный. Чем ранее ребенок или подросток будет приобщен к алкоголю, тем, больше оснований ожидать развитие хронического алкоголизма и тем убыстреннее темпы его развития.

Согласно МКБ-10 (1998) диагноз синдрома зависимости может быть поставлен только при наличии 3-х или более из нижеперечисленных признаков, возникающих в течение определенного времени в прошедшем году: (а) сильная потребность или необходимость принять алкоголь; (б) нарушение способности контролировать его прием; (в) физиологическое состояние отмены, при котором прием алкоголя прекращается или уменьшается, о чем свидетельствуют: характерный синдром отмены или использование алкоголя для облегчения или предотвращения симптомов отмены — при осознании того, что это является эффективным; (г) признаки толерантности, такие как увеличение дозы алкоголя, необходимой для достижения состояния опьянения, ранее производимого более низкими дозами; (д) прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления алкоголя, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема алкоголя или восстановления после его действия; (е) продолжение употребления алкоголя, несмотря на очевидные вредные последствия (причинение вреда печени, депрессивные состояния после периодов интенсивной алкоголизации, снижение когнитивных функций). Тенденция одинаково употреблять алкоголь как в будни, так и в выходные дни, несмотря на социальные сдерживающие факторы, также относится к числу характерных признаков.

К числу ранних признаков хронического А. относятся: (1) непроизвольные глотательные движения при виде бутылки со спиртным, подлежащим распитию; (2) «симптом 1-й рюмки»: невозможность дождаться 1-го тоста и прием алкоголя, опережающий других собутельников; (3) прием алкоголя сразу же после его покупки (в подворотне, в подъезде, когда у больного не хватает терпения донести купленное спиртное к предполагаемому месту распития); (4) выпивки в одиночку, если предполагавшиеся собутельники отказываются поддержать компанию; (5) систематический прием алкоголя под разными предлогами (для «укрепления мышцы сердца», «чтобы расслабиться» и т. п.); (6) признаки алкогольного опьянения,

возникающие уже после малых доз алкоголя, — болтливость, утрата ситуационного контроля в состоянии опьянения, элементы речевой дизартрии, сексуальная расторможенность, хвастливость, псевдология, регрессивная синтонность, бестактность; (7) утрата количественного контроля («утрата чувства меры»); (8) усиленное влечение к спиртным напиткам. В 1-й стадии А. психическая зависимость от алкоголя проявляется, по Н. Н. Иванцу и И. Нойману (1988), в форме влечения к спиртным напиткам обсессивного характера, ведущего к утрате количественного контроля выпитого алкоголя.

Из признаков измененной реактивности к алкоголю отмечают растущая толерантность к спиртным напиткам, алкогольные палимпсесты (палимпсест — невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходящих во время алкогольного опьянения), переход от эпизодического пьянства к систематическому. Во 2-й стадии наряду с обсессивным влечением появляется новый вид расстройства — физическая зависимость от алкоголя с компульсивным влечением к спиртным напиткам и комплексом соматовегетативных абстинентных расстройств. Измененная реактивность к алкоголю проявляется максимальной толерантностью к спиртным напиткам, изменением формы опьянения, амнезией опьянения, систематическим приемом алкоголя по типу псевдозапоев.

Выявляются патохарактерологические девиации, черты деградации личности. Возникают патологические изменения со стороны внутренних органов.

Могут развиваться алкогольные психозы. В 3-ей стадии патологическое влечение к алкоголю приобретает компульсивно-овладевающий характер (компульсии — навязчивые с оттенком принудительности влечения). Абстинентный синдром утяжеляется. Ситуационный контроль утрачивается и вне состояний опьянения.

Важным признаком является снижение толерантности к алкоголю. Развивается алкогольная деменция. Соматические осложнения становятся тяжелыми. Нередко возникают алкогольные психозы. Наиболее опасной тенденцией последних лет является учащение случаев подросткового и женского А. (В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин). В том случае, если А. развивается в возрасте до 18 лет, его называют ранним или юношеским. Клинические проявления алкоголизма в этом возрасте развиваются быстрее, чем у взрослых, и болезнь протекает злокачественнее.

Психопатологическими осложнениями хронического А. (II—III стадии) являются метаалкогольные (алкогольные) психозы. Г. Л. Воронков, И. Д. Шевчук (1981) и др. относят к их числу дипсоманию (запойное пьянство), патологическое опьянение, депрессивные состояния и истерические реакции. Дипсомания характеризуется

спонтанными расстройствами настроения с дисфорией и соматическими компонентами (головная боль, бессонница, анорексия и др.), чувством дискомфорта, нарастающей тревоги и внезапным появлением сильного влечения к алкоголю с реализацией его в форме запоя, продолжающегося от нескольких дней до 2—3 недель, внезапным окончанием с появлением равнодушия или отвращения к алкоголю.

Под патологическим опьянением понимают острое психотическое состояние, протекающее по типу сумеречного расстройства сознания, часто с криминальными последствиями. Критерии патологического опьянения: 1) небольшая доза принятого алкоголя (50—200 г.), 2) кратковременность эпизода, 3) отсутствие признаков простого алкогольного опьянения, 4) резкое изменение поведения в форме психологически не мотивированных агрессивных-разрушительных действий при внешней упорядоченности роботоподобных двигательных актов, 5) невозможность адекватного речевого контакта во время всего эпизода, 6) внезапный выход из болезненного состояния с полной амнезией происшедшего (В. Я. Гиндикин, Л. А. Кириллова, 1978). Депрессивные состояния могут наблюдаться при относительно неглубоком алкогольном опьянении у лиц, склонных к репрессивным реакциям или употребляющих суррогаты, а также в состоянии похмелья. В структуре депрессии возможны суицидальные попытки.

Истерические реакции в состоянии опьянения возникают чаще при конфликтных ситуациях семейно-бытового характера, могут выражаться в самоповреждениях и демонстративных суицидальных попытках, которые иногда заканчиваются трагически. Лечение хронического А. представляет собой чрезвычайно сложную задачу, успешность решения которой убывает по мере длительности злоупотребления алкоголем.

Биологические методы лечения (отличающийся большой токсичностью тетурам, эспераль и др.), основанные на боязни тягостных последствий (вплоть до смертельного исхода) в случае, если больной в дальнейшем вновь начнет прибегать к алкоголю, становятся все менее эффективными в силу их дискредитации в глазах «старых» алкоголиков и распространившегося среди них умения снимать возможность появления этих последствий (т. е. дезактивировать эти препараты). Лечение, основанное на выработке отрицательного условного рефлекса на прием алкоголя, весьма трудоемко и далеко не всегда эффективно. Лечение с помощью психотропных средств (В. Б. Альтшулер, 1974, 1984; Г. В. Морозов, Н. Н. Иванец, 1983) более эффективно в случаях симптоматического А.

Поэтому эти виды лечения приобретают все более вспомогательный характер, и все большую роль начинает играть психотерапия. При гипнотерапии алкоголиков используется лечебная триада В. М. Бехтерева: убеждение в бодрствующем состоянии, мотивированное внушение в состоянии гипноза, продолжающее темы

психотерапевтических бесед с больным, самовнушение и самоутверждение пациента. В. Е. Рожновым (1982) разработан вариант такого лечения, основанный на концепции эмоционально-стрессовой психотерапии. Гипнотическому воздействию здесь также предшествуют психотерапевтические беседы, лечебное влияние которых закрепляется в гипнозе: последний проводится по методике удлинённых сеансов гипнотерапии (не менее 1—1,5 час.); в гипнозе вырабатывается условнорефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя. Существуют многие другие методики, в основе которых лежит выработка аверсии к запаху, виду, вкусу алкоголя и даже его словесному обозначению — вербальная аверсионная терапия или скрытая сенситизация, цель которой заключается в том, чтобы с помощью словесного внушения воображаемое потребление алкоголя сопровождалось рвотной реакцией (Р. Л. Элкинс — R. L. Elkins, 1975). Продолжаются попытки использования аутогенной тренировки, используются методы поведенческой терапии.

Учитывая роль психо-социальных факторов в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации А., важнейшее место в его комплексном лечении следует отвести групповой психотерапии, эффективность которой тесно связана с семейной психотерапией. В настоящее время широко применяются также различные формы «игровой психотерапии» (психодрама, ситуационно-психологический тренинг и др.). Однако при лечении больных А. первостепенное значение имеет не выбор формы психотерапевтического воздействия, а его интенсивность (Н. Н.

Иванец, И. Нойман, 1988).

Представляется целесообразным использование психологических методов в прогнозировании рецидивов А. Так, оценка показателей по основным шкалам MMPI (А. И. Мандель, 1986) показывает, что при неэффективности терапевтических мероприятий в 66% случаев профиль личности оказывается типичным: характеризуется повышением показателей по 4, 2 и 8 шкалам, понижением по 9 шкале, что свидетельствует о состоянии дезадаптации и эмоционального напряжения, потере контроля над поступками, недоучёте социальных норм и объективных требований ситуации на фоне падения активности и пассивной позиции личности. Личностный профиль больных со значительным светлым промежутком после лечения отличается такими особенностями как повышение уровня активности /9 шкала/, аффективной ригидности /6 шкала/, шкал невротической триады, 7 и 5 шкал, что отражает контроль над эмоциями и поведением, попытки найти выход из трудной ситуации, упорство в достижении цели, самокритичность, стремление быть социально приемлемым. Необходим глубокий анализ личности больного, системы его ценностных отношений, имеющий своей целью повышение социально-психологической адаптации пациента и в результате — отказ от употребления алкоголя (Б. М. Гузиков, 1982).

В. Я. Гиндикин

# АЛКОГОЛИЗМ

Автор: словарь  
25.08.2007 19:05 -

---