

**КАРАГАНДИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

АЛКОГОЛЬНЫЙ ПСИХОЗ

КАРАГАНДА

2018

Алкогольные психозы — группа патологических состояний, возникающих вследствие употребления алкоголя.

В современной медицине этот вид психозов называют «металкогольными», так как они возникают не во время употребления спиртного, а после резкого прекращения запоя, на пике абстинентного синдрома.

Причины развития психозов

Непосредственной причиной психических расстройств у пьяниц является токсическое поражение головного мозга. В центральной нервной системе нарушаются процессы возбуждения и торможения, что приводит к психомоторному возбуждению, галлюцинациям, дезориентации во времени и пространстве, бредовым идеям, поведенческим расстройствам и даже психоневрологическим нарушениям.

Психозы чаще всего развиваются у людей с отягощенной наследственностью, то есть тех, чьи близкие родственники сталкивались с подобной проблемой. Дополнительными факторами риска являются перенесенные ЧМТ (черепно-мозговые травмы) или воспалительные заболевания ЦНС (центральной нервной системы).

ВИДЫ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ:

- Делирий («белая горячка»)
- Галлюциноз
- Бредовый психоз
- Энцефалопатия
- Патологическое опьянение.

Алкогольный делирий («белая горячка», delirium tremens) — самый известный вид алкогольного психоза. Возникает в острый период абстинентного синдрома, то есть при отказе от алкоголя. Начинает развиваться с бессонницы, кошмаров во время короткого сна, резкой смены настроения, тревожности. Затем возникают яркие галлюцинации, причем больной принимает участие в бредовых сценах, например видит отвратительных насекомых, чувствует их запах, прикосновение, «сбрасывает» их себя и т.д. Обострения наступают в вечернее и ночное время, днем возможны «светлые промежутки».

Длительность «белой горячки» - 3-5-10 дней, без лечения в лучшем случае заканчивается слабостью, астенией, в худшем - смертью больного (смертность даже при лечении — до 16%).

Алкогольный

галлюциноз характеризуется вербальным, то есть словесным бредом, слуховыми галлюцинациями, бредом преследования. Больной слышит «голоса», тревожится, впадает в депрессию. Длится такой вид психоза от 3 дней до нескольких лет (при хронической форме). Возникает как при отмене алкоголя, так и во время запоя.

Алкогольный бредовый психоз. Обычно состоит в бреде преследования со стороны окружающих. Больной напуган, встревожен, растерян. Изредка бредовый психоз сопровождается галлюцинациями.

Часто встречается алкогольный бред ревности. Подвержены мужчины после 40 лет. Больной уверен, что жена холодна к нему, постоянно изменяет, что дети родились не от него. В своих рассказах об этом посторонним алкоголик бывает очень убедителен. Больной начинает следить за супругой, нередко совершает в отношении нее насильственные действия.

Алкогольная энцефалопатия сочетает галлюцинации, бред и органические расстройства. Больной теряет память, могут возникнуть судороги, светобоязнь, аритмия, недержание мочи и кала, деменция (слабоумие).

Патологическое опьянение — очень редкое нарушение, при котором после небольшой дозы алкоголя внезапно возникает искаженное восприятие обстановки (так называемое сумеречное сознание). Больной не понимает, где он находится, но его обуревают страх, агрессия, гнев, тоска, развиваются зрительные галлюцинации. В таком состоянии пациент способен совершать противоправные поступки, уничтожать чужое имущество, наносить побои или даже убить другого человека. Больного при этом не могут удержать даже несколько сильных мужчин. Патологическое опьянение быстро проходит, сменяется глубоким сном, и после пробуждения больной не может ничего вспомнить. Состояние патологического опьянения может возникать у людей, впервые попробовавших спиртной напиток, у пожилых людей, после длительного физического или умственного напряжения, после приема некоторых препаратов.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика алкогольных психозов основана на осмотре, опросе близких больного, лабораторных анализах на алкоголь. Большое значение имеет дифференциация алкогольных и других видов психозов (функциональных, органических, сосудистых и т. д.), так как их методы лечения существенно отличаются.

Алкогольными психозами занимаются наркологи, остальными — психиатры.

СИМПТОМЫ

Основные симптомы описаны выше в классификации алкогольных психозов. Обратим внимание, что зачастую бред больного бывает очень убедительным, часто окружающие верят ему, поэтому при общении с алкоголиком нужно все время помнить о возможности развития психоза.

Общими для всех видов психозов признаками являются:

- разговоры с самим собой, напоминающие беседу или реплики в ответ на чьи-то вопросы (исключая замечания вслух типа «Куда я подевал очки?»);
- смех без видимой причины;
- внезапное замолкание, как будто человек к чему-то прислушивается;
- встревоженный, озабоченный вид; невозможность сосредоточиться на теме разговора;
- впечатление, что больной видит или слышит то, что вам не видно и не слышно;
- больной все время запирает двери, задергивает шторы и т.д.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Алкогольные психозы — опасные для жизни состояния. При малейших подозрениях на развитие психоза нужно немедленно вызывать скорую помощь, по возможности — специализированную психиатрическую бригаду, так как больной может быть опасен для окружающих и себя.

До приезда скорой не раздражайте больного, не противоречьте ему, не спорьте. Постарайтесь изолировать больного в отдельном помещении, продемонстрировать спокойствие, уверенность. Уберите все предметы, могущие стать опасными в руках больного, особенно столовые приборы, бытовую химию, лекарства. Исключите громкие звуки и другие раздражающие факторы. Не уточняйте у больного детали бреда («какого цвета тараканы?», «сколько их?»), говорите общими успокаивающими фразами, предлагайте помощь.

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения:

- обеспечение воздержания от употребления спиртных напитков;
- мероприятия по нивелированию абстинентных проявлений;
- формирование мотивации на терапевтическое сотрудничество;
- противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска патологического влечения к спиртному;
- профилактика срывов и рецидивов заболевания

Тактика лечения:

Современные принципы лечения наркологических больных:

- принцип добровольности;
- принцип максимальной индивидуализации лечения;
- комплексный подход к лечению;
- принцип отказа от психоактивных веществ (ПАВ);
- принцип патогенетического подхода к терапии.

Медико-социальная реабилитация пациентов с психическими поведенческими расстройствами вызванными употреблением алкоголя проводится на двух уровнях:

- амбулаторный уровень;
- стационарный уровень.

В стационарных условиях лечение проводится непрерывно в три этапа:

- 1 этап медикаментозной коррекции;
- 2 этап психотерапии и реабилитации;
- 3 этап социальной реабилитации

Немедикаментозное лечение:

Основные лечебно-реабилитационные мероприятия на амбулаторном уровне:

- анализ психосоциальной ситуации пациента;
- психотерапевтическая помощь, основанная на развивающих технологиях и направленная на развитие адаптационных способностей и навыков;
- психосоциальная помощь пациенту;
- оказание поддержки и мотивирование пациента на дальнейшее лечение, социальную реабилитацию;
- направление и сотрудничество с другими организациями;
- направление в другие ЛПУ для дальнейшего, повторного или специализированного лечения.

Основные психотерапевтические мероприятия на амбулаторном уровне:

- индивидуальная и групповая психотерапия;
- мотивационная психотерапия (УД-А);
- программа адаптированных тренингов;

Продолжительность терапии зависит от состояния пациента:

Дезинтоксикационная терапия:

- **декстроза** 5% – 400,0 внутривенно, капельно в течении 3-5 дней в сочетании с аскорбиновой кислотой 5%-до 5 мл в сутки;
- **раствора натрия хлорид** 400,0 внутривенно, в течение 3-5 дней в сочетании **с пиридоксином гидрохлоридом** 1% – до 4-6 мл/сутки, **тиамина бромидом** 5% – до 4-6 22 мл/сутки, антигистаминным препаратом в разовой дозировке (**дифенгидрамин**) – 1% р-р 1 мл;
- диуретики: **маннитол** – 200,0 капельно, медленно, **фуросемид** 1 таблетку (0,04) 1 – 2 раза per os;
- транквилизаторы (**диазепам** 0,01-0,06 г/сут);

- антиконвульсанты: **карбамазепин** рекомендуемая доза до 400-600 мг/сут. При необходимости доза препарата может быть увеличена. Необходим лабораторный контроль картины крови. Последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой вначале дневной, а через 2-3 дня утренней дозы.
- при выраженных поведенческих и аффективных расстройствах (с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к алкоголю, коррекции поведения) назначаются нейролептики. Препаратами выбора являются: **тиоридазин** 0,03-0,1 г/сут, **хлорпротиксен** 0,075-0,1 г/сут, **галоперидол** (5-15 мг/сут); **оланзапин** (10-20 мг/сут), **клозапин** 100 - 200 мг/сут; **рисперидон** 4-6 мг/сут,
- с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к алкоголю рекомендуется назначение антидепрессантов. Препаратами выбора являются, антидепрессанты, обладающие седативным действием:, **амитриптилин**, дозировка подбирается индивидуально. Длительность лечения до 4 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя;

Алгоритм терапии диссомний (нарушений сна).

Использование транквилизаторов рекомендуется использовать с большой осторожностью в связи с частым развитием привыкания к ним.

Препараты назначаются в минимально эффективных дозировках, курсом не более 5 дней. Препаратами выбора являются производные

бензодиазепинов (0,5% раствор диазепама 4-6 мл/сут

Терапия больных с алкогольной зависимостью с агрессивным поведением на этапах неустойчивой ремиссии и становления ремиссии.

- **Тиоридазин** купирует дисфорические, истерические и депрессивные расстройства, протекающие с различными вариантами ауто- и гетероагрессии, особенно при развитии алкогольной зависимости на фоне органического поражения головного мозга. При назначении в малых дозах тиоридазин обладает активирующим действием, а в более высоких – проявляется его седативный эффект. Дозы подбираются индивидуально от 0,01г 2-3 раза в день до 0,05-0,1 г 2-3 раза в день. Препарат можно назначать на срок до 3 мес. с динамической коррекцией дозирования.
- Если в психическом статусе пациента на фоне астенизации преобладает тревога, подавленное настроение предпочтителен **хлорпротиксен** от 0,045 до 0,1 г в сутки на 3 приема. При превалировании тревожной напряженности, ажитации, беспокойства, выраженной подавленности необходимо увеличение дозы хлорпротиксена до 0,2 г в сутки.

- В случае резко выраженного психомоторного возбуждения, протекающего с брутальностью, демонстративностью следует применять разовые инъекции **раствора хлорпромазина** (по 0,05-0,1г в/м) обязательно в сочетании с раствором **никетамида** (2- 4 мл).
- раствор **галоперидола** по 1-2 мл (0,005-0,01г) внутримышечно. После купирования острого психомоторного возбуждения в течение 2-3 дней этот препарат назначают по 1,5 мг 2-3 раза в день. При более длительном применении галоперидола (в течение нескольких недель) возникает необходимость добавлять корректор экстрапирамидных расстройств – **тригексифенидил**.
- сильным седативным действием при практическом отсутствии экстрапирамидных расстройств обладает **клозапин**. Назначают внутрь, начиная с 0,025 г 1 раз в сутки, с увеличением дозы до 0,05г 2-3 раза в день в течение 10-14 дней. Длительное (свыше 4 недель) назначение клозапина нежелательно из-за возможных изменений картины крови (развитие агранулоцитоза, в среднем, в 1% случаев).

Дальнейшее ведение

Пациенты, страдающие алкогольной зависимостью, включаются в одну из трех групп динамического наблюдения:

Первая группа:

- пациенты, обратившиеся за медицинской помощью впервые; пациенты, у которых заболевание протекает практически без ремиссий (длительность ремиссии менее 1 года);
- пациенты, выписанные из специализированных учреждений по окончании принудительного лечения;
- пациенты, освобожденные из исправительных учреждений, где к ним применялись принудительные меры медицинского характера.

Вторая группа – пациенты с ремиссией от 1 года до 2-х лет;

Третья группа – пациенты с ремиссией свыше 2-х лет;

- рекомендуемая частота осмотров варьирует во всех группах динамического наблюдения в зависимости от структуры контингента и в порядке дифференцированного подхода к пациенту;
- среднее расчетное число осмотров одного пациента в год рекомендуется устанавливать не менее пяти.

Последствия

Далеко не всегда зависимому от алкоголя лицу удастся восстановиться после перенесенного психоза. Основные последствия, развивающиеся даже на фоне отказа от приёма спиртных напитков, следующие:

- Снижение умственных способностей.
- Трудности с запоминанием новой информации, проблемы с памятью.
- У пациентов наблюдается простая и примитивная мыслительная деятельность.
- Полная/частичная потеря трудоспособности.
- Отчетливая деградация личности.
- Психоз перетекает в хроническую форму.
- Развитие алкогольной эпилепсии.