Глава 18. Психические

**И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ СРЕДСТВ (АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ)**

18.1.1. Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение) [F10.0]

Состояние, возникающее непосредственно после употребления алкоголя, обозначают как алкогольное опьянение, или острая алкогольная интоксикация. Его проявления зависят от многих факторов — количества выпитого алкоголя, активности рас­щепляющих алкоголь ферментных систем, типа личности, пси­хического и физического состояния человека, а также приня­тых в том или ином обществе форм поведения при употребле­нии спиртных напитков и др.

Алкоголь нарушает способность к адекватному восприятию реальности, уменьшает объем воспринимаемой информации, замедляет скорость обработки информации и особенно негатив­но действует на такие высшие психические процессы, как принятие решения и планирование действий. Во многих слу­чаях выражено и эйфоризирующее действие алкоголя. Эти общие особенности влияния алкоголя опосредуются свойства­ми личности пьющего. Так, возбудимые личности в состоя­нии опьянения нередко становятся раздражительными и агрес­сивными; тревожные и педантичные люди раскрепощаются и испытывают потребность общения; лица с истерическими чер­тами характера стремятся быть в центре внимания, прибегают для этого к самовосхвалению и иногда совершают необычные поступки; у лиц со склонностью к депрессивным реакциям опьянение может вызывать подавленное настроение, мрачные мысли и ощущение безысходности.

Помимо описанного *простого*алкогольного опьянения, выделяются*атипичные*формы, проявляющиеся дурашли­востью, порой нелепым поведением и странными высказыва­ниями и последующей частичной амнезией. В некоторых слу­чаях речь идет о более сложном, целенаправленном поведении во время опьянения. В таких случаях человек выглядит ори­ентированным в обстановке, поддерживает общение и контакт с окружающими. Например, один из посетителей зоопарка, будучи в состоянии алкогольного опьянения средней тяжести, залез в пруд и был задержан милицией при попытке разорить гнезда лебедей. О таком состоянии опьянения могут сохранять­ся фрагментарные воспоминания. Атипичные формы опьяне­ния чаще встречаются у лиц с большой длительностью алко­голизма, перенесших травму головы, с резидуальным органи­ческим поражением ЦНС, у психопатических личностей.

Особое положение среди выраженных психических рас­стройств, связанных с приемом алкоголя, принадлежит *па­тологическому опьянению.*Патологическое опьянение [F10.07] по своему происхождению отличается от типичных ал­когольных психозов. Оно встречается редко и не зависит от предшествующего злоупотребления алкогольными напитками. Поскольку вероятность возникновения патологического опьяне­ния не зависит от количества выпитого спиртного, типичные признаки опьянения (нарушение координации, расстройство речи) не являются обязательными. Патологическое опьянение возникает внезапно. У лица, у которого были явные призна­ки опьянения, после возникновения патологического опьяне­ния они проходят. Он теряет контакт с окружающим, выгля­дит странным, необычным, часто не реагирует на обращения к нему. Предпосылками, способствующими возникновению патологического опьянения, являются бессонница, утомление, переживания по поводу конфликтных ситуаций. Патологичес­кое опьянение рассматривается как болезненное состояние. Лица, совершившие в таком состоянии преступление, призна­ются невменяемыми. Выделяют 2 основных варианта патоло­гического опьянения — эпилептиформный и параноидный.

*Эпилептиформный вариант*патологического опьянения про­текает с сумеречным расстройством сознания, аффектом стра­ха, гнева и агрессивным поведением. Выход из психотичес­кого состояния обычно внезапный. По миновании психоза наступает выраженное истощение (иногда сон) и наблюдается полная амнезия.

18.1.2. Хроническая алкогольная интоксикация (алкоголизм)

***С***медицинской точки зрения***алкоголизм***— это прогредиен- тное заболевание, вызванное злоупотреблением алкоголем, проявляющееся непреодолимым влечением к спиртному, фор­мированием зависимости от него (психической или физичес­кой), изменением толерантности организма к алкоголю и вле­кущее за собой социальную дезадаптацию и морально-этичес­кую деградацию. На отдаленных этапах заболевания могут на­блюдаться признаки органического поражения головного моз­га, свидетельствующие о развитии алкогольной энцефалопатии.

Группой экспертов Всемирной организации здравоохранения (1978) были предложены следующие *критерии диагнос­тики алкоголизма:*

Изменения поведения

1. Употребление спиртных напитков больным перестает со­ответствовать принятым в данной среде нормам количе­ства и времени их приема (поскольку традиции употреб­ления спиртных напитков в отдельных странах и местно­стях очень различны, какие-либо универсальные показа­тели установить трудно).
2. Употребление алкоголя ежедневно в количествах, превы­шающих «определенные пределы».
3. Уменьшение вариабельности в употреблении алкоголя. Например, человек не способен отказаться от выпивки в первой половине дня, что вступает в противоречие с этическими нормами социальной среды. Крайнее выра­жение этого признака — человек может или полностью воздерживаться от спиртных напитков, или «злостно и круглосуточно» употреблять их.
4. Изменения поведения могут состоять также в неспособ­ности больного алкоголизмом прекратить злоупотребление спиртными напитками, несмотря на такие тяжелые по­следствия, как систематические конфликты, разрыв се­мейных отношений, экономические затруднения и при­нудительные санкции.

Изменение субъективного состояния

* 1. Больной пытается пить немного, но каждый раз оказы­вается неспособным контролировать дозу алкоголя.
  2. Больной может ощущать непреодолимое желание вы­пить, особенно в трудной житейской ситуации.
  3. Влечение к алкоголю может не быть непреодолимым, но проявляться в виде «сосредоточенности на выпивке», в воспоминаниях о сценах употребления алкоголя или об­думывания планов выпивки.

Изменения психобиологического состояния

* + 1. «Синдром воздержания» от алкоголя со всеми характер­ными расстройствами — тремором, беспокойством, бес­сонницей и т.д.
    2. Употребление алкоголя с целью облегчения «синдрома воздержания».
    3. Повышение толерантности к алкоголю.

1. 18.1.3. Алкогольные (металкогольные) психозы
2. Психозы возникают чаще всего во II и III стадии алкоголизма на фоне тяжелопротекающего абстинентного синдрома. На этом этапе у больных, как правило, наблюдаются соматичес­кие расстройства, в том числе нарушение функции печени, играющей важную дезинтоксикационную роль, и нарушение дезинтоксикационных процессов в целом с образованием в организме токсических продуктов. Это обстоятельство дало основание считать, что алкоголь не является непосредственной причиной данных заболеваний, поскольку он действует косвен­но (отсюда название «металкогольные» психозы — от греч. «мет» — через, после).
3. Количество больных с алкогольными психозами условно составляет 5—10 % от общего числа больных алкоголизмом. Эти корреляционные отношения позволяют ориентировочно оценить число лиц, страдающих алкоголизмом в конкретном районе, поскольку случаи психозов обычно выявляются дос­таточно полно, так как больные с психозами стационируются в больницы и находятся на учете в психоневрологических дис­пансерах.
4. Наиболее часто встречается***алкогольный делирий,***или***белая горячка***[F10.4], Чаще всего делирий возникает на фоне рез­кого прекращения приема спиртного после длительного пери­ода запоя. Нередко появлению психоза способствуют инфек­ционные и соматические заболевания. Делирий обычно начи­нается с продромальных проявлений: больные становятся тре­вожными, беспокойными. Отмечаются лабильность настрое­ния: тревога и беспокойство могут сменяться восторженностью и эйфорией. У больных появляются наплывы образных пред­ставлений. Возникают яркие зрительные иллюзии. Так, ри­сунок обоев превращается в фантастические картины, сцены*(парэйдолии).*Сон становится беспокойным, с кошмарными сновидениями, при закрытых глазах появляются устрашающие галлюцинации (*гипнагогические галлюцинации).*Больные утрачи­вают чувство реальности, путают вымысел и действительность. Продолжительность продромального периода от нескольких часов до 2 сут. Все это время грубо расстроен сон; обычные дозы снотворных средств не приносят облегчения.
5. Проявления развернутой стадии психоза характеризуются наплывом истинных сценоподобных галлюцинаций. В начале нередко возникают видения в виде полос (лент, серпантина, стружки, паутины), позже — мелких животных, насекомых. Часто бывают устрашающие галлюцинации в виде фантастичес­ких животных, угрожающих жизни. Больные возбуждены, пытаются спастись бегством. Во избежание мнимой опасности предпринимают различные меры защиты, иногда весьма опас­ные для окружающих. Алкогольный делирий сопровождается выраженными соматоневрологическими расстройствами — та­хикардией, одышкой, повышением температуры тела, гипер­гидрозом или обезвоживанием, тремором и др. Признаками помрачения сознания являются нарушение ориентировки в месте и времени (аутопсическая ориентировка сохранена). Ре­зультаты анализов крови и мочи указывают на наличие у боль­ных с алкогольным делирием выраженного токсикоза. Продол­жительность алкогольного делирия обычно 3—5 дней.
6. Типичными осложнениями бывают сердечно-сосудистая не­достаточность, отек мозга, интеркуррентные заболевания (ги- постатическая пневмония, невриты). В связи с этими ослож­нениями и при отсутствии необходимого терапевтического вме­шательства возможен летальный исход. На высокую вероят­ность осложнений указывают более глубокие расстройства со­знания — профессиональный и мусситирующий делирий, пе­реход в аментивное состояние, сопор и кому (см. главу 10). Приступы алкогольного делирия, если больной не прекращает злоупотребление алкоголем, могут повторяться.
7. ***Алкогольный галлюциноз***[F10.52] проявляется в первую оче­редь слуховыми галлюцинациями, как правило, неприятного содержания. Голоса носят комментирующий и осуждающий его поведение характер: обвиняют больного в пьянстве, в том, что он причиняет беды и несчастья семье, близким. Иногда голоса имеют императивный характер, приказывают совершить опасные для окружающих или самого больного действия, на­пример покончить жизнь самоубийством. Хотя галлюциноз, так же как и белая горячка, развивается остро, дальнейшее его течение часто бывает затяжным. Несмотря на проводимое лечение, галлюцинации сохраняются от нескольких дней до нескольких недель (*острый галлюциноз).*У части больных на­блюдается более длительное, иногда пожизненное существова­ние симптомов (*хронический галлюциноз).*В этом случае при­ходится проводить дифференциальную диагностику с спрово­цированной алкоголем шизофренией.
8. При алкогольном галлюцинозе ориентировка в окружающей обстановке и во времени не нарушена. При хроническом гал­люцинозе с течением времени нередко формируется критичес­кое отношение к слуховым обманам, больные могут отличить реальные звуки и болезненные проявления. Однако при вре­менном усилении галлюцинаторных переживаний (наплыве гал­люцинаций) критика утрачивается.
9. ***Алкогольный параноид***[F10.51] проявляется бредовыми идея­ми различного содержания, нередко в сочетании с галлюци­нациями. Алкогольный параноид чаще протекает остро, одна­ко иногда наблюдается его затяжное (хроническое) течение. При остром параноиде больные возбуждены, испытывают чув­ство страха, по-бредовому оценивают окружающую их обста­новку. Наблюдаются иллюзии и фрагментарные галлюцинатор­ные переживания. Продолжительность такого психотического состояния обычно от нескольких дней до 2—3 нед. Если ост­рый алкогольный параноид переходит в затяжной, внешне поведение больного упорядочивается, он становится как бы спокойнее, однако настойчиво высказывает идеи преследова­ния или ревности. Бред преимущественно паранойяльный (бред толкования), развивается медленно, исподволь. В ка­честве аргументов, якобы подтверждающих справедливость высказываний больного, им приводятся односторонне отобран­ные житейские ситуации. Их описание выглядит иногда прав­доподобным.
10. Алкогольные параноиды в случае прекращения больным злоупотребления спиртными напитками блекнут, редуцируют­ся, приобретают черты резидуального бреда. При диагности­ческой оценке параноидных алкогольных психозов следует учи­тывать анамнестические сведения о злоупотреблении больным алкоголем, наличие психологической и физической зависимо­сти от него.
11. Другими формами психозов, проявляющимися преимуще­ственно негативной симптоматикой, являются***алкогольные эн­цефалопатии***[F10.6], Алкогольная энцефалопатия может быть острой и хронической.
12. *Острая алкогольная энцефалопатия Гайе—Вершке*протекает на фоне глубокого помрачения сознания (аменции, сопора) с психомоторным возбуждением. Больные физически истощены. Наблюдаются повышение температуры тела до 38—39°С, по­вышенная кровоточивость (петехии, подкожные гематомы, кровоизлияния в мозг), а также неврологические симптомы — атаксия, экстрапирамидные и глазодвигательные расстройства. Постоянно существует опасность появления расстройств дыха­ния и сердечной деятельности, отека мозга. Возможен леталь­ный исход. Через несколько дней острая симптоматика может редуцироваться, а процесс — трансформироваться в хроничес­кое течение с клинической картиной, типичной для корсаков- ского психоза (алкогольный полиневритический психоз).
13. *Корсаковский психоз*часто развивается после завершения тя­желого алкогольного делирия, но иногда возникает испод­воль на фоне систематического злоупотребления алкоголем и нарастающей алкогольной деградации личности. Основными психическими расстройствами при этом психозе являются фик­сационная и ретроантероградная амнезия, амнестическая дезо­риентировка, парамнезии (корсаковский синдром), которые развиваются на фоне полинейропатии. Критика обычно сни­жена, настроение чаще всего благодушное или безразличное. Больные пытаются скрыть дефект памяти с помощью вымыс­ла. Неврологические расстройства проявляются расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей, онемени­ем и болями. При прекращении злоупотребления психоорга­нические и неврологические расстройства могут регрессировать (особенно у больных молодого возраста), однако полного вос­становления прежнего состояния здоровья обычно не наблю­дается.
14. ***Наркоманиями***называют заболевания, связанные с употребле­нием лекарственных и нелекарственных средств, отнесенных законом к списку наркотических веществ. Данные вещества могут быть весьма различны по химической структуре и фар­макологическому эффекту, однако все они способны вызывать состояние эйфории и при их употреблении быстро формиру­ются психическая и физическая зависимость от принимаемого препарата, а также наблюдается изменение толерантности с тенденцией к увеличению доз принимаемых препаратов. Хро­ническое употребление наркотических препаратов постоянно сопровождается существенным преобразованием личностных черт больного (морально-этической деградацией) и нередко признаками органического поражения мозга.
15. *Психическая зависимость*характеризуется патологическим стремлением постоянно или периодически принимать тот или иной препарат, чтобы испытать определенные ощущения или снять явления психического дискомфорта. Психическая зави­симость определяет целенаправленное поведение больного с целью получения необходимого средства, что препятствует дли­тельному воздержанию от приема наркотика и выздоровлению.
16. *Физическая зависимость —*это состояние перестройки всей функциональной деятельности организма человека в ответ на хроническое употребление психоактивных препаратов с форми­рованием патологического гомеостаза, проявляющееся психи­ческими и физическими нарушениями при прекращении при­ема привычного препарата или нейтрализации его действия специфическими антагонистами. Эти нарушения обозначают­ся как «синдром отмены», или «абстинентный синдром». Они существенно облегчаются или полностью купируются новым введением данного наркотика либо вещества со сходным фар­макологическим действием.
17. Под*толерантностью*понимается состояние адаптации орга­низма к психоактивным препаратам, проявляющееся постепен­ным снижением реакции на прием привычных доз наркотика. В результате этого для достижения прежнего фармакологичес­кого эффекта требуется уже большее количество соответствую­щего средства.
18. К***токсикомания»***относят ряд заболеваний, по своим механиз­мам весьма сходных с наркоманиями, так как при них также возникают психическая и физическая зависимость, изменение толерантности. Однако в силу меньшей социальной значимо­сти средства, вызывающие токсикоманию, не внесены в офи­циальный список наркотических веществ. Их производство, продажа и распространение не регулируются государством спе­циально. Это, однако, не означает, что последствия токси- команий для больного и его семьи существенно легче, чем при наркоманиях. Во многих случаях средства, используемые ток­сикоманами, являются весьма токсичными для ЦНС, вызы­вают тяжелые поражения мозга (энцефалопатию) с развитием психоорганического синдрома, а малый допустимый диапазон доз нередко приводит к опасным для жизни отравлениям и преждевременной смерти.
19. Очевидно, что появление новых психоактивных веществ может пополнять списки препаратов, способных вызывать за­висимость. Если какой-либо из них приобретает особое рас­пространение и обусловливает чрезвычайную социальную опас­ность, он может быть включен в список наркотических ве­ществ. После юридического акта признания средства наркоти­ческим больные, употребляющие данный препарат, которым ранее ставился диагноз «токсикомания», будут включены в число больных с диагнозом «наркомания». Следовательно, раз­личия между понятиями «токсикомания» и «наркомания» но­сят не столько медицинский, сколько социально-правовой ха­рактер.
20. Имеется достаточно большое число препаратов и веществ, вызывающих явления токсикомании. К ним в первую очередь следует отнести седативно-гипнотические средства — производ­ные барбитуровой кислоты (за исключением этаминала натрия и амитала натрия, которые в настоящее время отнесены к наркотикам), транквилизаторы бензодиазепинового ряда (эле­ниум, седуксен, феназепам и др.), другие препараты с седа- тивным эффектом (мепробамат, натрия оксибутират и др.). Среди других лекарственных средств можно указать холиноли- тические (циклодол, астматол) и антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен), психостимуляторы (эфедрин, теофед- рин), средства для ингаляционного наркоза (эфир, закись азо­та). Существует достаточно большая группа веществ, которые не относятся к медицинским препаратам. Это в первую оче­редь органические растворители — толуол, бензол, перхлор- этилен, ацетон, бензин, средства бытовой химии, компонен­ты клеев.
21. 18.3.1. Зависимость от седативных и снотворных средств [F13]
22. В данную группу включаются препараты различной химичес­кой структуры: бензодиазепины (нитразепам, феназепам, ди- аземам, рогипнол, хлордиазепоксид и др.), барбитураты (фе­нобарбитал, циклобарбитал и др.), оксибутират натрия, меп- робамат, имован, димедрол и пр. Хотя химическое строение данных средств различается, механизмы их действия во мно­гом сходны и чаще всего реализуются через ГАМКергические структуры. Поэтому отмечаются взаимное потенцирование и перекрестная толерантность между большинством перечислен­ных средств и алкоголем. Это определяет высокую частоту смешанных вариантов токсикоманий, обусловленных седатив­ными средствами, и частое совмещение их с алкоголем.
23. .Опьянение, вызванное седативными средствами, во многом напоминает алкогольное. Характерны грубое нарушение коор­динации движений, иногда в сочетании с расторможенностью, снижение способности к осмыслению ситуации и учету послед­ствий своих действий. Походка становится неуверенной, с пошатыванием. Движения порывистые, размашистые. Речь смазанная, монотонная, из-за неустойчивости внимания боль­ные легко переключаются с одной темы на другую. Кожные покровы бледные, с легким сальным налетом. Острая инток­сикация седативными препаратами сопровождается неврологи­ческими нарушениями — атаксией, нистагмом, диплопией, иногда расширением зрачков. Характерны также расстройства аккомодации и конвергенции, ослабление реакции на свет, понижение поверхностных рефлексов и мышечного тонуса. При углублении интоксикации возникает тяжелое помрачение сознания вплоть до сопора и комы. В тяжелых случаях про­исходит снижение глубоких рефлексов, при коме арефлексия может распространяться и на зрачковые реакции. Часто отме­чаются тахикардия, артериальная гипотония, поверхностное дыхание, снижение температуры тела, цианоз. Могут развить­ся отек легких, паралич дыхательного и сосудодвигательного центров (см. раздел 25.8).
24. К наиболее тяжелым последствиям ведет зависимость от производных барбитуровой кислоты. Привыкание к барбитура­там развивается исподволь, в основном в результате самолече­ния стойких нарушений сна. При этом очень скоро дозы при­нимаемого препарата начинают значительно превышать тера­певтические, так как быстро формируются привыкание и уве­личение толерантности. Вскоре возникают изменения личнос­ти в виде эгоцентричности и взрывчатости. Отмечаются про­грессирующее ухудшение памяти и интеллектуальных способ­ностей, снижение внимания, брадиаритмия. При длительном приеме препаратов в больших дозах развиваются выраженные симптомы нарушения координации движений, отмечается рез­кое снижение или даже выпадение рефлексов. Неврологичес­кая симптоматика сопровождается массивными соматическими нарушениями в виде колебаний артериального давления, из­менения частоты пульса, повышения температуры тела, явле­ний акроцианоза.
25. Абстинентный синдром при злоупотреблении седативными препаратами возникает в течение первых 24 ч после отмены препаратов, достигает пика выраженности через 2—3 дня и затем медленно регрессирует. По своим проявлениям он на­поминает алкогольный синдром отмены. Наблюдаются рас­стройства сна вплоть до полной бессонницы, подавленность, тревога, дисфория, искажение зрительного восприятия, не­произвольные мышечные подергивания, тремор рук и пальцев, прогрессирующая слабость, головокружение, тошнота, рвота, гиперемия лица, гипергидроз, снижение массы тела, колеба­ния артериального давления (от значительного подъема до рез­ких коллапсов при вставании). Нередко возникают разверну­тые генерализованные судорожные припадки, иногда эпилеп­тический статус (см. раздел 25.5). Возможны психотические состояния по типу делирия или галлюцинаторно-бредовых пси­хозов. Все это обусловливает особую осторожность при лече­нии данной зависимости. Седативные средства (особенно бар­битураты) во избежание опасных для жизни больного ослож­нений отменяются постепенно (в отличие от абстиненции при морфинизме и гашишизме).
26. Хроническая интоксикация седативными и снотворными препаратами приводит к тяжелым изменениям личности боль­ных. Больные то эйфоричны, благодушны, то напряжены, несдержанны, злобны. К своему состоянию больные относят­ся без критики. Становятся рассеянными, легко отвлекаемы­ми, не могут собраться с мыслями, у них снижаются память и уровень суждений. Хроническая интоксикация снотворными может сопровождаться диспепсическими явлениями, кожными высыпаниями, трофическими нарушениями.