

Алкогольная депрессия чаще возникает в рамках похмельного синдрома. Возникает подавленно-тревожное, со слезливостью или злобностью, агрессивностью настроение. Для алкогольной депрессии характерны идеи обвинения окружающих, а также жалобы на «тяжелую жизнь». Могут возникать идеи самоуничижения (я самый плохой, я хуже всех). Впрочем, это не имеет отношения к реальному раскаянию. Больные обидчивы, при этом злопыхатны, требуют к себе повышенного внимания. Алкогольная депрессия продолжается от нескольких дней до 1–2 нед. и требует от врача особенной осторожности: больные, особенно женщины, часто совершают суициды.

Алкогольная эпилепсия. Симптоматическая (токсическая) эпилепсия. Припадки единичны или множественны, чаще возникают в первые дни похмельного абстинентного синдрома, редко во время запоя. Прекращение пьянства влечет за собой исчезновение припадков.

Профилактика алкогольных психозов.

Лучший способ профилактики – исключение алкоголя. У трезвых людей алкогольных психозов не бывает.

Лечение также требует в первую очередь трезвости - только трезвый может вернуться к психической нормальности.

В то же время при прочих равных условиях риск алкогольного психоза повышается при:

- употреблении **парфюмерных** (одеколора, туалетной воды и др.) и **аптечных** (корвалол, валокордин, настойки пустырника, боярышника, расстирки и др.) спиртосодержащих жидкостей
- длительных (свыше недели) запоев, при этом качество алкоголя уже не имеет значения, «белочка» приходит даже после самой дорогой водки
- в случае ранее возникавших психозов
- при наследственной отягощенности алкоголизмом или шизофренией
- при длительном стаже злоупотребления алкоголем
- при сочетании употребления алкоголя и наркотиков, особенно конопли и спайса, «солей»
- в случае переохлаждения или жары, плохого питания, присоединившейся инфекции или травмы.

Соответственно, для предотвращения алкогольных психозов необходимо:

- соблюдать трезвость
- в случае длительных запоев обращаться за лечением не дожидаясь развернутой картины психоза
- исключать употребление суррогатов, аптечного и парфюмерного алкоголя
- злоупотребляющие алкоголем лица, страдающие хроническими заболеваниями, а также ранее переносившие психоз, являются группой риска по развитию психозов и должны максимально быстро госпитализироваться в случае длительных запоев в наркологические учреждения.

Следует отметить, что бред ревности и галлюциноз могут длительно сохраняться без лечения даже в случае отказа от алкоголя. Только своевременное и длительное лечение в этом случае может обеспечить безопасность больного и его близких.

В госпитализации больных психозами помогает скорая помощь, полиция. Принцип добровольности оказания медицинской помощи на больных психозами в случае опасности для себя и окружающих не распространяется.

Консультации по вопросам выявления и госпитализации больных алкогольными психозами можно получить в приемном отделении ОГБУЗ "Старооскольский центр специализированной медицинской помощи психиатрии и психиатрии-наркологии"

309506, Российская Федерация, Белгородская область,

г. Старый Оскол, ул. Хмельова, д. №2а,

телефон: 7(4725) 47-41-61

ОГБУЗ "Старооскольский центр
специализированной медицинской помощи
психиатрии и психиатрии-наркологии"

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ



После умеренного алкогольного возлияния нередко возникают странные и тяжелые для самого больного, и опасные для окружающих состояния - алкогольные психозы.

Наркологическая служба приводит ниже описание наиболее распространенных психозов, факторы риска развития психозов и способы предотвращения этой тяжелой патологии (при подготовке буклета использованы материалы сайта rozvolok.ni/Info/, а также данные научной литературы).

Алкогольный делирий или белая горячка - наиболее часто встречающаяся форма психоза. Делирий, как правило, не в состоянии ольнения, а на фоне похмельного синдрома, спустя 1-3 суток после прекращения пьянства. Довольно часто делирий развивается при поступлении в стационар (хирургический, травматологический и др.), т.к. в этих случаях больной вынужден прервать пьянство по независящим от него обстоятельствам. Иногда начало делирия провоцируют различные дополнительные факторы (операция, высокая температура, травма, большая кровопотеря).

Белая горячка может возникнуть остро, особенно если этому способствуют какие-либо провоцирующие вредности, однако могут быть и превестники. За 2-3 дня до начала заболевания нарушается сон, который становится поверхностным, тревожным, с кошмарными сновидениями. Больной просыпается весь в поту, тревоге. Могут быть кратковременные обманы восприятия: кажется «живыми» рисунок на обоях, изображение на картинах и т.п.

ВАЖНО! Своевременное обращение за лечением при первых признаках делирия – спасет мозг.

Сам психоз обычно развивается вечером. Нарастает тревога, возбуждение. Появляются обманы восприятия зрительного и слухового. Больной начинает видеть не существующие в реальности предметы и явления. Часто видит скопления мелких животных (мыши, крысы, кошки), насекомых (мухи, тараканы, клопы), реже крупных животных «как в зоопарке», чертей (поэтому говорят - «допилился до чертиков»). Поведение больного определяется болезненными видениями и «голосами», а не реальной обстановкой. Больной видит мышей, чертей, крокодилов и т.д., пытается от них спастись: бьет их, кричит, забирается от них на постель, на шкаф, убегает из дома. Он не отличает реальные предметы от галлюцинационных, поэтому может, например, в целях самообороны на-

пасть на жену или ребенка. Больной представляет опасность и для себя (может, «спасаясь», выйти в окно, спрыгнуть с высот, покончить с собой), и для окружающих (убить «преследователя»). Возбуждение достигает своей кульминации ночью. Днем же состояние улучшается, иногда до полного «просветления» и появления критики к перенесенному эпизоду. Этот факт должны учитывать и больные, и медицинский персонал, т.к. не исключена возможность обострения состояния на следующую ночь. Иногда в период психоза отмечаются судорожные эпилептические припадки.

При отсутствии лечения больные могут погибнуть от отека мозга, даже после хорошо проведенного лечения длительно сохраняются расстройства памяти, внимания, снижается интеллект.

Алкогольный галлюциноз - второй по частоте после делирия алкогольный психоз. Ведущими в картине заболевания являются слуховые галлюцинации, которые возникают при сохранении ориентировки в окружающем. Больной сначала слышит простой шум, стук колес, а затем появляются «голоса», принимающие характер диалога или даже целого собеседия, осуждающего его поведение. Больной слышит обвинения и угрозы в свой адрес, осуждение его поступков, пьянства, требования наказания вплоть до физической расправы. Изредка на фоне общей брани, ругани, угрозы появляются робкие одинокие голоса «защитников». Больные под влиянием этих голосов находятся в состоянии страха, тревоги, пытаются убежать от них, уезжают иногда далеко от дома, обращаются за помощью к колдунам и экстрасенсам. Нередки попытки самоубийства.

Заболевание может ограничиться несколькими днями, но чаще продолжается неделями. Примерно у 1/4 больных он принимает затяжное хроническое течение, продолжаясь месяцами и даже годами.

Алкогольный бред ревности (спиртуэской неверности) возникает преимущественно у мужчин после 40 лет, длительно злоупотребляющих алкоголем и имеющих сексуальные проблемы (снижение потенции при повышенном половом влечении). Развитие бреда происходит постепенно в отличие от других психозов. Вначале ревность проявляется лишь в состоянии ольнения или похмелья и воспринимается женой как обычная пьяная брань. Лишь когда подозрения в супружеской неверности становятся постоянными, не-

правдоподобными, а используемая система доказательств - логичной, неленой, только тогда в семье начинают подозревать наличие болезни у «ревнивого».

Муж начинает следить за женой, проверять ее белье, обыскивать квартиру с целью обнаружения «улик», подтверждающих ее измену. Любое действие жены объясняется по-бредовому: не сразу открыла дверь - спрятала любовника или ждала, когда он уйдет, стирает белье - застирывает пятна, пошла к парикмахеру - готовится к встрече с любовником.

Жизнь с таким больным не только невыносима, но и опасна. Он может совершить любые насильственные действия не только в отношении жены, но и мнимого любовника. Иногда такие больные совершают расширенные суициды: убивают жену, «любовника» и себя.

Значительно реже бред ревности бывает у женщин, страдающих алкоголизмом. Если же он развивается, то последствия его не менее опасны, чем у мужчин.

Лечение таких больных возможно только в стационарных условиях, т.к. критическое отношение к своему состоянию полностью отсутствует.

Корсаковский психоз

Эту болезнь впервые описал русский психиатр С.С. Корсаков в 1877 г. При Корсаковском психозе нарушается прежде всего память на текущие события. Поэтому больной не может правильно назвать дату, место своего нахождения. Он обращается к своему лечащему врачу каждый раз как к незнакомому человеку, неоднократно повторяет одни и те же просьбы. Больной не помнит, что он ел на обед, кто приходил к нему в больницу, что он делал в течение дня. Проблемы в памяти он замечает забытиями, происходящими с ним ранее, или просто вымыслами и фантазиями.

Из памяти выпадают также события, предшествовавшие заболеванию. Продолжительность периода, выпавшего из памяти, может быть от нескольких месяцев до нескольких лет. Больные частично осознают свою болезнь и пытаются скрыть пробелы в памяти от окружающих.

Только у половины больных в результате лечения восстанавливается способность к запоминанию. Однако выздоровление возможно только в случаях воздержания от пьянства. Больные же часто забывают о том, что с ними происходило из-за пьянства, и продолжают пить.