**Алкогольные психозы**

Эти психозы возникают не как прямое следствие хронической интоксикации алкоголем, а как результат эндогенной интоксикации вследствие поражения внутренних органов и нарушений метаболизма, вызванных алкоголем. В возникновении алкогольных психозов особая роль принадлежит длительности и массивности систематического злоупотребления алкоголем. При возрастании душевого потребления алкоголя населением возрастает частота алкогольных психозов. Алкогольные (металкогольные) психозы – это острые, затяжные и хронические расстройства психической деятельности, возникающие у больных алкоголизмом только во второй и третьей стадиях болезни, у мужчин чаще, чем у женщин. Известное значение имеют и дополнительные вредности, особенно при возникновении острых алкогольных психозов. Любые соматические заболевания (воспаление легких, травмы), резко обрывая запой, способствуют утяжелению алкогольного абстинентного синдрома и возникновению острых алкогольных психозов. Алкогольные психозы – не осложнение алкоголизма, а закономерное его проявление.

По данным ВОЗ металкогольные психозы возникают у 10% больных алкоголизмом, а по данным отечественных авторов – до 15%.

Основное значение в патогенезе острых алкогольных психозов придается нарушению нейромедиации, прежде всего нарушению дофаминовой нейромедиации. Отмечаются также нарушения деятельности опиатной и серотониновой систем. Кроме того, имеет значение патология печени, нарушение ее антитоксической функции. В ратогенезе алкогольных энцефалопатий особую роль играет дефицит витаминов группы В, прежде всего тиамина. Дополнительными факторами считаются последствия органических поражений мозга, особенно при затяжных и хронических алкогольных психозах.

Существовавший ранее термин «алкогольные психозы» заменен на «металкогольные» в связи с тем, что их причиной является не только непосредственное действие алкоголя на мозг, но и поражение внутренних органов и нарушение обмена веществ, вызванные хронической алкогольной интоксикацией, а также провоцирующие вредности (соматические и психические).

В отечественной наркологии традиционно выделяются по типу течения и синдромальным признакам 4 группы алкогольных (металкогольных) психозов:

1. психозы, протекающие с выраженным помрачением сознания (алкогольные делирии);

2. психозы, протекающие с преобладанием слуховых обманов (алкогольные галлюцинозы);

3. бредовые негаллюцинаторные психозы (алкогольный параноид, алкогольный бред ревности);

4. энцефалопатии с психотическими проявлениями, интеллектуально-мнестическими нарушениями (Корсаковский психоз, энцефалопатия Гайе-Вернике, алкогольный псевдопаралич).

Иногда к алкогольным психозам относят алкогольную эпилепсию, дипсоманию и алкогольную депрессию. Включение в число алкогольных психозов этих трех форм весьма условно.

Под *алкогольной эпилепсией* понимается возникновение в структуре алкогольного абстинентного синдрома судорожных припадков. Припадки возникают либо после длительного запоя, либо в первые дни абстиненции. Они могут также появляться в начале делирия или энцефалопатии Гайе-Вернике. Это либо генерализованные судорожные, либо абортивные припадки. Никаких других психотических проявлений при этом не наблюдается. При воздержании от алкоголя припадки обычно исчезают.

Под *дипсоманией* (истинные запои) большинство специалистов понимают возникновение запоев, начинающихся с расстройств настроения, у лиц, не страдающих алкоголизмом. Запою обычно предшествуют тревожно-депрессивное настроение, нарушение сна, анорексия, головная боль. Продолжительность запоя от нескольких дней до недели. Окончание его внезапное, когда исчезает потребность в алкоголе и даже появляется отвращение к нему. Считается, что дипсомания – не самостоятельная нозологическая единица, а лишь внешнее проявление различных психических заболеваний.

*Алкогольная депрессия*развивается при алкоголизме, а также при острых и хронических алкогольных психозах. Депрессия возникает либо в период абстиненции, либо после делирия или галлюциноза. Сниженное настроение обычно сопровождается дисфорией, слезливостью или тревогой, ипохондрией. Продолжительность депрессии от 1-2 недель до 1-2 месяцев. Алкогольная депрессия чаще возникает у женщин, нередко она является причиной суицида. Окружающие рассматривают депрессию как психологическую реакцию на болезнь, сами больные обычно не обращаются к врачам с жалобами на плохое настроение, поэтому это состояние часто диагностируется ретроспективно.

**Алкогольный делирий**

***Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens) –****самый частый вид* алкогольных психозов. В подавляющем числе случаев белая горячка возникает в первые трое суток после прекращения злоупотребления алкоголем, реже – на 4-6 сутки. Делирий развивается во второй и третьей стадии алкоголизма, давность существования синдрома похмелья ко времени возникновения первого в жизни делирия обычно превышает 5-летний срок, средний возраст больных – около 40 лет. Длительность ежедневного потребления алкоголя обычно превышает неделю, в сутки потребляется более 500 мл водки. Перед возникновением первого в жизни делирия часто отмечается удлинение запоя, переход на употребление более крепких спиртных напитков или увеличение суточных дозировок алкоголя. Примерно у каждого третьего делирию предшествуют различные соматические заболевания, вынуждающие резко прекратить прием спиртных напитков. Это приводит к утяжелению похмельного синдрома и развитию делирия.

Продромальной стадией следует считать алкогольный абстинентный синдром, который перед возникновением белой горячки отличается большей тяжестью (грубые нарушения сна, более выраженный тремор и другая неврологическая симптоматика). Днем обычно наблюдается астеническая симптоматика с тревогой и беспокойством. Классический вариант алкогольного делирия характеризуется рядом последовательных стадий.

В первой стадии к вечеру и особенно к ночи у больных повышается общее беспокойство, они становятся настороженными, говорливыми, появляется суетливое поведение, гиперэкспрессивность мимики и жестов. Затем появляются яркие гипнагогические галлюцинации, обычно сочетающиеся с аффектом страха. При закрытых глазах возникают сценические галлюцинации с дезориентировкой. При открывании глаз зрительные и слуховые галлюцинации исчезают, ориентировка восстанавливается. Затем появляются обманы восприятия при открытых глазах. Резко ухудшается сон, при частых пробуждениях больные не могут отличить сновидения от реальности. Развивается преходящая дезориентировка в окружающем вне связи со сном. Больные становятся чрезвычайно внушаемыми, у них легко можно вызвать галлюцинации внушением: попросить «прочитать» текст с чистого листа бумаги, «разговаривать» по отключенному телефону; показывая на стену, можно заставить «увидеть» на ней несуществующих животных, насекомых. Нередко можно выявить симптом Липмана (при надавливании на закрытые глаза у больных возникают соответствующие вопросу врача зрительные галлюцинации).

В развернутой стадии делирия наблюдается галлюцинаторное помрачение сознания. На фоне бессонницы у больных нарушается ориентировка в месте, времени и окружающих лицах. Аутопсихическая ориентировка сохраняется. Преобладают истинные зрительные галлюцинации, но могут быть и слуховые, тактильные, термические, кинестетические, галлюцинации полости рта. Редко встречаются вкусовые и обонятельные галлюцинации. Мышление становится поверхностым, нецеленаправленным, ассоциации – случайными. Внимание все время остается неустойчивым, больные легко отвлекаются на любые раздражители. Грубо нарушена память, уже через несколько минут больные не помнят, что они рассказывали врачу. Больные не в состоянии использовать накопленный жизненный опыт и приобретенные знания для оценки ситуации. Этим объясняется крайняя нелепость многих ответов и полное отсутствие критики к своему состоянию. Речь больных отрывистая, грамматически правильная, но упрощенная, нередко торопливая и не очень четкая. Характерно суетливое поведение, соответствующее содержанию галлюцинаторных переживаний, движения порывистые, плохо координированные. Больные стряхивают с себя мелких животных, паучков, ищут под кроватью спрятавшихся туда людей, пытаются вытащить изо рта какие-то нити, проволоку, отдают распоряжения мнимым собеседникам, возмущаются. Нередки нарушения схемы тела, изменяется его положение в пространстве. Больные могут высказывать отрывочные бредовые идеи преследования, отличающиеся конкретностью и несистематизированностью. Тематика бредовых высказываний, а также эмоциональное состояние соответствуют содержанию галлюцинаций. Эмоциональное состояние изменчиво – от страха, тревоги, недоумения до веселости. Болезненные симптомы усиливаются к ночи.

Алкогольный делирий сопровождается неврологическими и соматическими симптомами: атаксия, тремор рук, головы, гиперрефлексия, мышечная гипотония, гипергидроз, гиперемия кожных покровов, тахикартия, субфебрилитет, одышка, колебания артериального давления, желтушность склер, в крови лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

Длительность типичного делирия при современных методах лечения редко превышает 3-4 суток. Выздоровление обычно наступает после глубокого продолжительного сна. Амнезия периода психоза отличается избирательностью: больные обычно хорошо воспроизводят содержание галлюцинаторных переживаний, хуже или вообще амнезируют – реальные события и свое поведение. После острого периода в течение нескольких дней наблюдается астеническое состояние.

В тяжелых случаях температура тела достигает 40 С и выше. Двигательное возбуждение ограничивается пределами постели. Усиливается тремор, появляются стереотипные движения рук: ощупывание, стряхивание, разглаживание чего-то на теле, перебирание пальцами, стягивание постели. Речь состоит из маловнятного бормотания *(мусситирующий делирий*). Появляются патологические рефлексы, ригидность затылка. Нарастает обезвоживание. Смерть обычно наступает от коллапса или от присоединившейся пневмонии.

Неблагоприятным считается также *профессиональный делирий*, когда больной имитирует свою профессиональную деятельность. Этот делирий нередко сменяется корсаковским синдромом или псевдопараличом. В случае выздоровления наблюдается полная амнезия.

**Алкогольный галлюциноз**

***Алкогольный галлюциноз*** – второй по частоте психоз у больного алкоголизмом. Давность существования второй стадии алкоголизма ко времени возникновения первого в жизни галлюциноза в 90% случаев превышает 5 лет, возраст больных колеблется от 25 до 40 лет. Психоз возникает в первые дни после прекращения злоупотребления алкоголем. Предшествующий запой обычно не менее 3-4 дней. У большинства больных имеется имеется дополнительная патология: остаточные явления органического поражения головного мозга, различные соматические заболевания.

Продромальная стадия алкогольного галлюциноза – алкогольный абстинентный синдром, более тяжелый, чем это свойственно данному больному. Это связано с тем, что перед возникновением первого в жизни галлюциноза возрастает длительность запоя или увеличиваются суточные дозировки алкоголя. Тяжесть абстинентного синдрома меньшая, чем при развитии делирия, судорожные припадки возникают очень редко

В клинической картине психоза доминируют истинные вербальные галлюцинации; сознание больного при этом не помрачено. Галлюцинации истинные, обычно носят неприятное для больного содержание: угрозы, оскорбления, брань. Больного называют «алкоголиком, пропойцей», угрожают расправой. Критика к галлюцинаторным переживаниям отсутствует, при этом сознание больного грубо не нарушено, ауто- и аллопсихическая ориентировка сохранена. Поведение больных обычно определяется содержанием галлюцинаций. Особенно опасными для окружающих и самого больного являются императивные галлюцинации. Могут присоединяться нестойкие вторичные бредовые идеи преследования, отношения. Фон настроения соответствует тематике галлюцинаций, нередко больной насторожен, тревожен, иногда подавлен.

Лечение больных алкогольным галлюцинозом проводится в условиях психиатрического стационара. Основным в лечении является устранение продуктивной психотической симптоматики. С этой целью назначаются психотропные препараты: галоперидол, тизерцин, этаперазин. Обязательными компонентами комплексного лечения является дезинтоксикация, витаминотерапия (особенно группы В), ноотропы. Всем больным, перенесшим алкогольный галлюциноз, показано собственно антиалкогольное лечение.

**Алкогольная паранойя (бред ревности)**

Алкогольная паранойя (алкогольный бред ревности, алкогольный бред супружеской неверности)**–**хроническая форма металкогольного психоза с преобладанием первичного паранойяльного бреда встречается исключительно у мужчин, средний возраст начала заболевания около 50 лет.

Алкогольная паранойя возникает преимущественно у лиц с психопатическими чертами характера. Им свойственны такие характерологические свойства, как недоверчивость, склонность к регламентации, стеничность, эгоцентризм, чрезмерная требовательность, застойные аффекты, склонность к образованию сверхценных идей. Эти особенности характера особенно заметны в период алкогольных эксцессов.

Обычно бред монотематичен, развивается исподволь и малозаметно. Вначале отдельные бредовые высказывания наблюдаются лишь в период опьянения, а по протрезвлении больные отказываются от обвинений, объясняя необоснованные претензии тем, что были пьяны. Затем ревнивые опасения начинают высказываться и в состоянии похмелья. Постепенно формируется стойкий систематизированный бред ревности. Больные по бредовому трактуют поступки жены или любовницы, придирчиво осматривают тело, тщательно проверяют женское белье, пытаясь найти подтверждение своим мыслям. Нередко могут возникать бредовые и аффективные иллюзии: складки на подушке расценивается как след от головы любовника, пятна на полу в спальной комнате трактуются как следы спермы. Обычно на этом этапе развития бреда в семейных отношениях возникает конфликт, который приводит к отказу от интимной близости. Это еще больше укрепляет уверенность больного в изменах жены. Содержание бредовых переживаний, отражая особенности взаимоотношений и конфликтов, встречающихся в жизни, сохраняет определенную правдоподобность. В связи с этим окружающие больного лица долго не считают его состояние болезненным.

Нередко для доказательства своей правоты больные заставляют жен признаваться в изменах. Если женщина не выдерживает просьб, угроз, избиений и признается в якобы совершенных изменах, это только укрепляет больного в его правоте.

Дальнейшее изменение психоза может быть связано с появлением ретроспективного бреда. Больной начинает утверждать, что жена изменяет ему не только теперь, но делала это и раньше, еще в первые годы замужества, более того, она родила детей не от него. В подтверждение своих слов больной приводит массу реальных фактов, трактуемых по бредовому. Поведение в отношении детей становится соответствующим бреду. Иногда трансформация монотематического бредового синдрома усложняется бредовыми идеями отравления, колдовства или ущерба, обычно связанными в систему с уже существовавшим бредом. Часто в этих случаях подавленно-злобный аффект и продолжающееся пьянство могут иметь следствием бредовое поведение с актами жестокой агрессии в отношении жен. Достаточно распространенная форма бредового поведения таких больных – убийство супруги, совершаемое, как правило, в состоянии алкогольного поведения. Агрессивное поведение в отношении мнимого соперника, даже персонифицированного, наблюдается редко.

Больных обычно госпитализируют в порядке недобровольной госпитализации в связи с опасностью их поведения для окружающих. Критика к идеям ревности в процессе нейролептической терапии обычно не появляется, но больные прекращают по бредовому оценивать поступки окружающих, поведение становится неопасным для близких людей. Выписка из стационара возможна только в случае дезактуализации бреда.

**Алкогольный параноид**

Алкогольный параноид – алкогольный психоз, в клинической структуре которого основным является галлюцинаторно-параноидный синдром с бредом обыденного, конкретного содержания и невыраженными вербальными галлюцинациями на фоне ясного сознания. Выделение и описание алкогольного параноида в рамках самостоятельной формы алкогольного психоза принадлежит И.В.Стрельчуку (1949). Возникает во второй стадии алкоголизма, обычно в первые 3 суток после прекращения злоупотребления алкоголем, на высоте похмельного синдрома. Остро возникает бред преследования, сочетающийся с выраженным аффектом страха. Больным кажется, что их хотят убить, чтобы завладеть их имуществом, деньгами, жилплощадью. По бредовому трактуются поступки окружающих, их мимика, жесты, высказывания. Бредовой трактовке подвергается то, что находится в поле зрения больных. Возможно возникновение вербальных и зрительных иллюзий: в речи беседующих людей «слышат» угрозы в свой адрес, блестящий предмет в чьих-то руках принимают за нож. Поведение определяется бредом. Больные спасаются бегством, обращаются за помощью в милицию, ищут защиты у знакомых, в медицинских учреждениях. Во время психоза никогда не возникает осознания болезни. Обратное развитие психоза начинается с нормализации настроения, исчезновения аффекта страха, затем нормализуется поведение, редуцируется бред и через некоторое время появляется критика к болезненным переживанимям. Длительность острого алкогольного параноида при грамотном лечении не превышает 10-15 дней.

Лечение алкогольного параноида осуществляется в условиях психиатрического стационара. Оно должно быть комплексным. Обязательным компонентом лечения является дезинтоксикация, витаминотерапия (особенно группы В). Для купирования психотических нарушений применяют нейролептики (галоперидол, трифтазин, тизерцин). Если после отмены нейролептиков бред возобновляется, это свидетельствует об эндогенном характере заболевания.

**Алкогольные энцефалопатические психозы**

 Встречаются во П-Ш стадии алкоголизма. В большей части случаев возникновению алкогольных энцефалопатических психозов предшествует многолетнее массивное злоупотребление алкоголем, нередко им непосредственно предшествует делирий. Эти психозы сопровождаются выраженными соматическими, неврологическими и интеллектуально-мнестическими расстройствами.

**Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике**

Энцефалопатией Гайе-Вернике (ЭГВ) – заболевают преимущественно мужчины от 30 до 50 лет.

Причиной развития ЭГВ является дефицит тиамина (витамина В1), наиболее часто это происходит при хронической алкогольной интоксикации. Действие алкоголя главным образом связано с замещением в диете продуктов, содержащих тиамин, но также обусловлено увеличением потребности организма в витаминах группы В, которые необходимы для обмена углеводов, поставляемых самим алкоголем, а также нарушениями абсорбции витаминов в желудочно-кишечном тракте.

В начале психоза появляются симптомы тяжело протекающего делирия (мусситирующего или профессионального). Возбуждение в пределах постели, истинные галлюцинации (обычно зрительные, отрывочные, статичные) сопровождаются тревогой, речь бессвязная. Через 2-4 дня нарушение сознания углубляется до оглушения, сопора и в тяжелых случаях – комы. Присоединяются грубые нарушения в неврологической и соматической сферах – глазодвигательные нарушения, рефлексы орального автоматизма, гиперкинезы, нарушение мышечного тонуса, вегетативные расстройства, признаки пирамидной недостаточности, трофические поражения. Больные выглядят старше своих лет, резко истощены, обезвожены, температура 37-38, повышение до 40-41 С прогностически неблагоприятно.

ЭГВ обычно сопровождается полинейропатией, инфекционными осложнениями (наиболее часто – это пневмонии).

Поскольку дефицит тиамина приводит к нарушению функции сердечно-сосудистой системы, больным с ЭГВ свойственны тахикардия, постуральная гипотензий, одышка при физической нагрузке.

Следует иметь в виду, что у лиц, длительно злоупотребляющих алкоголем, внутривенное введение глюкозы способно спровоцировать развитие ЭГВ. Поэтому всем больным с предполагаемым дефицитом тиамина перед внутривенным введением глюкозы обязательно необходимо вводить тиамин.

Развитие ЭГВ считается показанием для госпитализации больного в специализированное отделение.

**Корсаковский психоз**

В большинстве наблюдений вначале возникают развернутые или абортивные делирии, которые могут принять затяжной характер. Состояния делириозной спутанности наблюдаются на протяжении 2-3 недель, и постепенно вырисовываются грубые нарушения памяти. Характерна триада симптомов: фиксационная амнезия, псевдореминисценции и конфабуляции, амнестическая дезориентировка. Прежние навыки и знания хорошо сохраняются, давних знакомых узнают сразу. Психоз нередко сопровождается формированием полиневропатии с проявлением чувствительных и двигательных нарушений. Может наблюдаться частичное сознание болезни, стремление замаскировать имеющиеся нарушения памяти. В целом критика снижена, почти все больные уверены, что могут выполнять свои профессиональные обязанности.

 Психоз протекает хронически – многие месяцы и даже годы. Под влиянием правильного лечения и времени постепенно наступает улучшение, но в большинстве случаев полного выздоровления не наблюдается.

 Следует иметь в виду, что подобный симптомокомплекс может развиться вследствие отравления угарным газом, после повешения, у перенесших клиническую смерть и реанимированных.

 Особенностью лечебных мероприятий является раннее назначение больших доз витаминов группы В и ноотропов.

**Алкогольный псевдопаралич**

Встречается значительно реже Корсаковского психоза, почти всегда у мужчин зрелого и позднего возраста с многолетним алкогольным стажем. Обычно развивается после тяжелых делириев и энцефалопатии Гайе-Вернике. Психические и неврологические нарушения напоминают прогрессивный паралич, чаще всего дементную или экспансивную форму. Больные некритичны, пассивны, бездеятельны, иногда возникает благодушная окраска настроения. В части случаев преобладает раздражительность, недовольство или ипохондричность.