



# АЛКОГО́ЛЬНЫЕ ПСИХО́ЗЫ

Авторы: Н. Г. Найдёнова, И. Б. Власова, Ю. В. Никитич, А. И. Красковец

АЛКОГО́ЛЬНЫЕ ПСИХО́ЗЫ, психич. расстройства, возникающие на 2-й и 3-й стадиях хронич. алкоголизма. В развитии А. п. осн. роль играет длительное систематич. злоупотребление алкоголем. Наиболее часто среди них встречаются делирий (белая горячка), галлюциноз, бредовые психозы. По характеру А. п. могут быть острыми и хроническими.

По данным ВОЗ, А. п. наблюдаются у 10% от общего числа страдающих хронич. алкоголизмом. Наиболее часто они возникают у мужчин в возрасте 40–44 лет и у женщин в возрасте 45–49 лет. Смертность при А. п. колеблется от 0,5% до 4%.

Обычно А. п. развиваются на высоте развёрнутого [абстинентного синдрома](#), особенно при наличии дополнит. вредностей (любая соматич. патология, резко прерывающая приём алкоголя, утяжеляет течение синдрома и способствует развитию острых А. п.). В их патогенезе осн. роль играют нарушения деятельности нейромедиатора дофамина, а также серотонина и эндогенных опиатов. Важное значение имеет патология печени с нарушением её антитоксич. функции в сочетании с дефицитом витаминов группы В. В развитии затяжных и хронич. А. п. важную роль играют последствия органич. поражений головного мозга.

Алкогольный делирий составляет ок. 90% всех А. п. Впервые описан под назв. delirium tremens (дрожательное помешательство) в 1813 англ. воен. врачом Т. Саттоном. В 1825 рос. воен. врач А. А. Чаруковский предложил назвать его «белой горячкой» (т. к. возникает гл. обр. при злоупотреблении «белым вином» – водкой). Чаще всего делирий развивается в первые трое суток после прекращения запоя на фоне абстинентных нарушений, наблюдаемых не менее 5 лет; в ряде случаев делирию предшествует эпилептич. припадок. Психоз протекает с помрачением сознания, преобладанием зрительных галлюцинаций, бреда со страхами, двигат. возбуждением, а также сопровождается соматоневрологич. расстройствами (потливость, тахикардия, бессонница, тремор, атаксия и др.) и обменными нарушениями (обезвоживание, ацидоз, гиперазотемия и др.).

Лечение делирия обычно проводится в стационаре; его цель – поддержание сердечно-сосудистой деятельности, восполнение потери жидкости, устранение возбуждения и нарушений сна. Тяжёлая белая горячка протекает волнообразно, с постепенным исчезновением психотич. симптоматики, которая затем полностью амнезируется. Наиболее частый исход делирия – полное исчезновение психич. расстройств после критич. сна на 3–4-е сутки; иногда возникает преходящий [корсаковский синдром](#) либо обратимый или стойкий [психосиндром органический](#). При тяжёлых формах делирия в 10–15% случаев наступает смерть.

Алкогольный галлюциноз составляет 15–25% случаев А. п. Заболевание развивается в первые 4 сут после окончания запоя. Начинается с внезапных слуховых галлюцинаций, сначала единичных, затем множественных. Слышатся голоса людей, знакомые и незнакомые, которые локализуются в реальном пространстве. На высоте развития психоза присоединяются галлюцинаторный бред, аффект тревоги, страха на фоне непомрачённого сознания. По содержанию голоса могут быть нейтральными по отношению к больному, комментировать его

ощущения и поведение, но часто приобретают угрожающий, осуждающий характер. Бред обычно тесно связан с галлюцинациями и определяет поведение больного (меры самозащиты, бегство от преследователей, обращение за помощью и т. п.). Длительность острого галлюциноза на фоне лечения составляет 7–10 дней; если она превышает месяц, то болезнь определяют как подострый галлюциноз, при длительности свыше года он становится хроническим. Лечение направлено на детоксикацию организма, включает в себя витаминотерапию, применение психотропных средств.

Бредовые психозы составляют 1–3% всех А. п. К ним относятся алкогольный параноид, который может протекать остро или принимать затяжное течение, и алкогольный бред ревности. При параноиде преобладает бред преследования, сочетающийся с аффектом страха. Длительность острого алкогольного параноида 10–14 дней. Алкогольный бред ревности возникает на фоне отчуждения супругов. Поведение больного определяется содержанием бреда (возможно появление идей отравления, преследования). При прекращении пьянства бред ослабевает. Лечение бредовых А. п. сводится гл. обр. к применению нейролептиков.

К А. п. нередко относят также алкогольную депрессию, алкогольную энцефалопатию (острую – Гайе – Вернике и хронич. – корсаковский психоз), алкогольную эпилепсию.

Профилактика: противорецидивное, общеукрепляющее лечение, терапия соматических осложнений алкоголизма.

## **Литература**

Лит.: Лекции по наркологии. М., 2001; Алкогольная и наркотическая зависимость. М., 2002.