Алкоголизм – это болезнь в результате злоупотребления алкоголем в таких дозах и с такой частотой, которые приводят к потере эффективности в работе и нарушению семейных взаимоотношений и общественной жизни и к расстройствам физического и психического здоровья. Алкоголизм в социальном смысле – это неумеренное потребление спиртных напитков, оказывающее вредное влияние на здоровье, быт, труд и благосостояние общества.

Алкоголизм представляет собой одну из форм токсикомании, характеризуюся пристрастием к употреблению веществ, содержащих этиловый спирт, развитием психической и физической зависимости, абстинентнго синдрома, психической, физической и социальной деградацией личности. Как и всякая другая болезно, алкоголизм не возникает вдруг, а имеет свои доклинические проявления – бытовое пьянство.[[1]](#footnote-1)

Алкоголизм отличается от бытового пьянства четко очерченными и биологически обусловленными признаками, хотя бытовое пьянство всегда предшествует алкоголизму. Бытовое пьянство, привычное злоупотребление алкоголем – это всегда нарушение личностью социально-этических правил. Вследствие этого в профилактике пьянства решающее значение имеют меры административно-правового и воспитательного характера. В отличие от пьянства алкоголизм является заболеванием, которое всегда требует применения активных мер медицинского характера, комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.[[2]](#footnote-2)

**Влияние алкоголя на организм человека.** Слово «алкоголь» происходит от арабского «аль кеголь», что означает одурманивающий. С алкоголем как опьяняющим средством люди познакомились много веков назад. Изготовлять его научились, по-видимому, с тех пор, как стали выращивать злаки и виноград.

Получают алкоголь путем брожения различных сахаристых продуктов (хлебные злаки, овощи, фрукты, мед и др.), а также синтетическим способом из отходов древисины. Алкоголь входит в состав всех спиртных напитков – водки, коньяка, вин, ликеров, пива и др., крепость которых зависит от содержания этилового спирта. Кроме этилового, существуют еще другие спирты, чрезвычайно вредные для организма. Наиболее опасный для жизни метиловый, или древесный, спирт. Люди, которые случайно приняли 50-100 г метилового спирта, умирают или безвозвратно слепнут. Сухие виноградные вина, пиво относятся к слабым алкогольным напиткам, но в больших количествах они также токсичны. Любопытно, что в странах с жарким климатом, где пьют преимущественно натуральные виноградные вина с меньшей концентрацией алкоголя, число случаев хронического алкоголизма меньше, чем в странах, где распространено употребление крепких алкогольных напитков, в том числе суррогатов.[[3]](#footnote-3)

В действии алкоголя на организм можно выделить две особенности – его непосредственное действие, вызывающее состояние опьянения, и систематическое злоупотребление, приводящее к болезни – алкоголизму.

Основное действие алкоголя – опьяняющее. Результат действия алкоголя определяется не только абсолютной дозой принятого спиртного напитка, но и его крепостью. При действии таких крепких напитков, как водка, максимальная концентрация алкоголя в крови достигается в пределах часа. При этом опьянение развивается быстро и более выраженно.

Алкоголь не оказывает возбуждающего действия на высшую нервную деятельность. Напротив, он угнетает оба основных процесса – и тормозной, и раздражительный. Но воздействие на первый сильнее и опережает по времени его влияние на второй. Отсюда и проистекает картина алкогольного возбуждения. Уже малые дозы алкоголя угнетают тормозной процесс, а это ведет к тому, что соотношение между ним и раздражительным процессом нарушается в пользу последнего. Таким образом, наблюдаемое возбуждение есть результат снятия тормозов, а не стимуляция в прямом смысле слова.[[4]](#footnote-4)

Алкоголь чужд организму, поэтому биохимические механизмы человека, естественно, не «настроены» на его усвоение, а отрицательная реакция на алкоголь отчетливее проявляется при первых приемах спиртных напитков – возникают тошнота, чувство дурноты, рвота и т.д. Со временем после «встреч» с алкоголем в печени образуется специфический фермент – *алкогльдегидрогенеза*, который обезвреживает алкоголь, расщепляя его до воды и углекислоты. Интересно, что подобная функция не свойственна печени детей и подростков. Вот почему в этом возрасте алкоголь особенно токсичен и вызывает необратимые изменения во внутренних органах. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, со временем развивается цирротическое перерождение печени, при котором резко уменьшается выработка фермента алкогольдегидрогеназы. С этм связано быстрое их опьянение от небольших доз спиртного.[[5]](#footnote-5)

Состояние опьянения характеризуется в первую очередь замедлением течения ассоциаций, начинающий приобретать и более поверхностный характер, что влечет за собой снижение качества интеллектуальной работы. С увеличением дозы принимаемого алкоголя настроение поднимается, начинает нарастать картина пьяного возбуждения как в психической, так и в моторной деятельности. Характерными проявлениями этого состояния, еще относимого к легкому опьянению, являются повышенный, эйфоричный фон настроения с общим чувством беспечности, благодушия, веселья, развязности, склонности к шутовству и дурачеству. Одновременно пьяные часто обнаруживают озорство, стремление покуражиться. Повышенное самомнение, хвастливость, стремление показать себя человеком особенным, имеющим большие заслуги, призванным подчинять и командовать, часто приводят пьяных к конфликтам с окружающими. Этому способствует и появляющаяся повышенная обидчивость и как следствие ее – задиристость и драчливость. У многих пьяных это состояние ведет к расторможенности в сексуальных проявлениях. Наблюдаются плоские шутки, циничные замечания, ругань. В состоянии опьянения человек очень часто оскорбляет словом и действием окружающих, что является основной причиной всякого рода скандалов, драк и хулиганских поступков. При дальнейшем усилении опьянения агрессивные тенденции переходят в пьяное буйство, что может повлечь за собой тяжкие преступления вплоть до убийства.[[6]](#footnote-6)

При опьянении наблюдается ряд соматических, неврологических и психических расстройств, проявления которых меняются в зависимости от степени опьянения. В судебно-психиатрической практике принято различать простое алкогольное опьянение, которое отграничивают от патологического опьянения. Принято различать легкую, среднюю и тяжелую степень простого алкогольного опьянения.

При легкой степени:

* типично понижение порога восприятия;
* интеллектуальные процессы нарушаются: расстраивается внимание, реакции замедленны, мышление становится менее логичным, отмечаются ассоциации по созвучию;
* осмысление окружающего затруднено, критика снижена;
* настроение неустойчивое, часто повышенное, но могут иметь место вспыльчивость, раздражительность и злобность;
* координация движений нарушена, отмечается легкое нарушение речи.

При средней степени:

* резко нарушается внимание, оно становится отвлекаемым;
* отсутствует четкость и дифференцированность восприятия;
* интеллектуальные процессы протекают в более медленном темпе, мышление определяется случайными ассоциациями;
* оживляются примитивные влечения, особенно сексуальные;
* лица в состоянии средней стадии нередко бывают злобными, агрессивными;
* значительно нарушена координация движений, походка становится шаткой, речь – дизартричной.

Тяжелая степень опьянения выражается клинической картиной нарастающего оглушения. В дальнейшем возникает глубокий сон: опьяневший засыпает в неудобной позе и в неподходящих местах, могут наблюдаться непроизвольные мочеиспускания и дефекация, изредка судорожные подергивания мышц. Воспоминания о периоде опьянения, как правило, имеются, но иногда бывают отрывочными.

В коматозном состоянии, возникающем при тяжелой алкогольной интоксикации, необходимы срочные меры, направленные на быстрейшее удаление алкоголя из организма (промывание желудка, поддержание сердечно-сосудистой и дыхательных функций). [[7]](#footnote-7)

Особо тяжелые формы алкогольного отравления возникают при употреблении суррогатов алкоголя. К ним относятся спиртные напитки, изготовленные кустарным методом (самогон, чача и др.), косметические (одеколон, лосьон, элексиры) и лекарственные средства (настойки, растирки и др.). При отравлениии суррогатами развиваются тяжелые формы опьянения, которые сопровождаются расстройством сознания, резким нарушением дыхания деятельности сердечно-сосудистой системы.

Нередки случаи, когда употребляют одновременно и спиртные напитки, и лекарственные средства. В итоге возникают серьезные расстройства сердечно-сосудистой системы и тяжелые осложнения, вплоть до смертельного исхода.[[8]](#footnote-8)

Для установления факта алкогольного опьянения широко применяются индикаторские трубки. Эти трубки содержат сухой реагент – раствор хромового ангидрида в концентрированной серной кислоте, импрегнирующей вату. Выдыхаемые пары алкоголя меняют желтую окраску индикатора на зеленую или голубую, что и является показателем наличия алкоголя в выдыхаемом воздухе.

Во многих случаях, несмотря на выраженные признаки алкогольной интоксикации, пьяные, как правило, способны отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. В тех же случаях особо тяжелого опьянения, когда очевидно теряется способность отдавать отчет в своих действиях, о вменяемости следует говорить потому, что как бы ни была тяжела при простом опьянении алкогольная интоксикация, она не приводит к возникновению сумеречного расстройства сознания, к галлюцинаторным и бредовым переживаниям и к иным психотическим состояниям. К тому же опьянение как отравление алкоголем есть патологическое состояние произвольно вызываемое, причем произвольно вызвана и сама его тяжесть, всецело определяющаяся количеством выпитого алкоголя, принимаемого по совершенно определенным мотивам – поднять свое настроение, добиться получения приятных ощущений.[[9]](#footnote-9)

**Патологическое опьянение.** Патологическое опьянение относится к группе острых кратковременно протекающих психических расстройств. Это психотическое состояние со своеобразной симптоматикой, возникающей в результате приема алкоголя. Для патологического опьянения характерно внезапно наступающее изменение сознания типа сумеречного расстройства, в клинической картине которого сочетаются признаки сумеречного помрачения сознания и галлюцинаторно-бредовые переживания, в результате чего возникает искаженное восприятие и бредовая трактовка окружающего. Обычно отмечается резко выраженная аффективная напряженность – безотчетный страх, тревога, растерянность, гнев. Поступки больных оторваны от реальной ситуации и полностью определяются фабулой болезненных переживаний. Определяющим признаком для отграничения просто алкогольного опьянения от патологического является установление характера нарушения сознания, качественно отличающего от оглушенности при простом опьянении.

Совершаемые в состоянии патологического опьянения общественно опасные действия не являются реакцией на какие-то реальные события. В основе их лежат болезненные импульсы, побуждения, представления. У больных в этом состоянии не нарушаются нервно-психические механизмы, регулирующие сложные автоматизированные навыки и равновесие, поэтому лица с патологическим опьянением могут совершать довольно ловкие и сложные движения, направленные на реализацию болезненных общественно опасных действий. У них сохраняется способность совершать сложные целенаправленные поступки, пользоваться транспортом, правильно находить путь к дому т.д. Заканчивается патологическое опьянение, как правило, внезапно, так же, как и начинается, иногда переходит в сон, после которого наступает полная амнезия или сохраняются отрывочные воспоминания о пережитом.

Патологическое опьянение в судебно-психиатрической практике расценивается как психоз. Лица, совершившие противоправное действие в патологическом опьянении, признаются невменяемыми.[[10]](#footnote-10)

**Хронический алкоголизм.** Хронический алкоголизм – это тяжелое нервно-психическое заболевание, при котором у человека развивается болезненное влечение к спиртным напиткам, со временем принимающее навязчивый характер, возникает острая «необходимость» опохмелиться. Потребность в опохмелении у таких больных настолько острая, что если их в этом не удовлетворить, они в состоянии не только работать, но и вообще двигаться.[[11]](#footnote-11)

Хроническое употребление алкоголя разрушает весь организм пьющего. Страдают почти все жизненно важные органы, такие как печень, сердце, почки, пищеварительные органы и др. Все это неизбежно ведет к превращению хронического алкоголика в соматического больного. Но преимущественным образом вредное действие алкоголя сказывается на центральной нервной системе и в первую очередь на ее высшем отделе – коре больших полушарий мозга. Это приводит к деградации всей личности и к возникновению особых алкогольных психозов. Разрушающее действие алкоголя на личность пьянствующего сказывается прежде всего на эмоциональной сфере. Происходит определенное огрубление личности: развивается черствость, эгоизм, безразличие не только к окружающим, но и к страданиям своей семьи. Эмоциональная неустойчивость проявляется в способности очень быстро переходить от благодушия и веселья к грусти и злобе. Хронический алкоголик не терпит никаких возражений. Малейшее сопротивление его домогательствам вызывает у него чувство ярости. В то же время часто общий фон настроения несет на себе отпечаток эйфории с некритическим отношением к своему положению. Появляется склонность к шутовству, балагурству, причем содержанием этого юмора как раз является то, что у здорового человека не может вызвать смеха. Алкоголик делает предметом шутки как свое собственное падение, так и все те огорчения и боль, которые он причиняет своим родным. Такого рода юмор составляет довольно типичное явление для сниженного интеллекта хронического алкоголика.[[12]](#footnote-12)

Совершенно очевидно, что все эти свойства психики хронических алкоголиков чрезвычайно часто приводят к нарушению закона. Хулиганские поступки, оскорбления словом и действием, сексуальные правонарушения, воровство, прямые бандитские преступления - вот основной перечень правонарушений, совершаемых хроническим алкоголиком. Судебно-психиатрическая оценка этого состояния, как правило, не представляет особого затруднения. Хотя здесь и имеются определенные изменения личности, но в основном они сводятся к изменению характера, не лишающему алкоголика способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Так что в отношении совершенных правонарушений хронические алкоголики в подавляющем большинстве случаев признаются вменяемыми. Редкими исключениями являются только те случаи, когда имеется картина выраженного слабоумия. Следует заметить, что это чаще наблюдается уже в более пожилом возрасте и, как правило, сопровождается выраженным артериосклерозом головного мозга. В тех случаях, когда эти органические деструктивные нарушения уже свидетельствуют о психической болезни, вменяемость за содеянное, естественно, исключается.[[13]](#footnote-13)

# **Клинические проявления алкоголизма**

## Синдром наркоманической зависимости складывается из симптомов патологического влечения к алкоголю, утраты самоконтроля, абстинентных явлений.

Патологическое влечение к алкоголю представляет собой одно из наиболее ранних проявлений заболевания. Выделяют 2 типа влечения: обсессивный и компульсивный. Первый тип является выражением навязчивого стремления к употреблению алкоголя, возникает в самом начале заболевания и определяет формирование психической зависимости. Компульсивное влечение развивается позже, по силе выраженности достигает степени физиологической потребности (подобно чувству жажды и голода) и определяет физическую зависимость от алкоголя. [[14]](#footnote-14)

Утрата самоконтроля и контроля над количеством выпитого алкоголя также является ранним симптомом алкоголизма. Под влиянием растормаживающего действия даже небольших доз алкоголя у больных возникает потребность принять его в еще больших количествах, которая обычно нарастает до такой степени, что выраженность опьянения делает физически невозможным дальнейшее поглощение спиртных напитков.

Алкогольный абстинентный синдром является наиболее убедительным признаком наличия наркоманической зависимости. Он возникает обычно на следующий день после выпивки и означает сформировавшуюся для организма алкоголика потребность поддерживать постоянной определенную концентрацию этанола в крови. Именно поэтому прием очередной дозы алкоголя купирует абстинентные расстройства и на некоторое время улучшает самочувствие.[[15]](#footnote-15)

## Наиболее распространено деление алкоголизма на три стадии: начальную, среднюю и конечную. Каждая стадия характеризуется типичными для нее признаками – симптомами и синдромами.

**Начальная (неврастеническая) стадия.** Признаки начальной стадии алкоголизма отличают алкоголизм от бытового пьянства.

У подавляющего большинства больных первая стадия алкоголизма формируется в возрасте до 25 лет.

Одним из ранних и существенных признаков начальной стадии алкоголизма являются патологическое влечение к алкоголю, носящее навязчивый характер, признак снижения, а затем и утраты контроля за количеством употребляемого алкоголя.

В отличие от бытового пьянства психическая зависимость от алкоголя выражается в форме навязчивого влечения. Больные не только не упускают любой повод выпить (различные торжества, праздники и тому подобные ситуации), но и сами стараются создать ситуацию, в которой выпивка была бы уместной. Повышенное влечение проявляется в той активности, инициативе, с которой больные берут на себя организацию застолья. При этом возникают положительный фон настроения, расторможенность, приятные воспоминания, связванные с предыдущими выпивками.[[16]](#footnote-16)

На стадии бытового пьянства сохраняется возможность контролировать количество употребляемого алкогля – «пить в меру». Сдерживающими мотивами являются, с одной стороны, представления о последствиях передозировки (тошнота, рвота), что отражает исходный уровень толерантности, с другой – разумные опасения произвести нежелательное впечатление на окружающих, быть «не в форме» на следующий день. Снижение количественного контроля в I стадии алкоголизма определяется изменениями как в биологической сфере (повышение толерантности), так и в сфере психического функционирования (волевое снижение, снижение критики и др.).

На I стадии заболевания состояние опьянения всегда приятно для больного, что вовсе необязательно для неалкоголика, но, чтобы достичь его, необходимо интенсивное наращивание доз спиртного. Внешне это выражается в том, что больные проявляют нетерпеливость в начале застолья, торопятся с тостами, неразборчивы в отношении качества спиртных напитков, стремятся обязательно выпить все купленное и по возможности добавить еще.[[17]](#footnote-17)

Начальным симптомом алкоголизма является утрата защитного рвотного рефлекса – исчезновение рвоты при передозировках спиртных напитков. Изменяется толерантность к алкоголю – наблюдается ее повышение, способность принимать все большие дозы спиртных напитков.

Уже в начальной стадии алкоголизма могут иметь место *палимпсесты* – симптомы расстройства памяти, заключающиеся в невозможности больным воспроизвести отдельные детали и события, имевшие место во время алкогольного опьянения.

У части больных меняется характер – они становятся злобными, навязчивыми, обидчивыми, нередко подозрительными.

Все эти симптомы психопатологических расстройств начальной стадии алкоголизма возникают и существуют на фоне нарастающего и углубляющегося астенического синдрома. Основными проявлениями его являются слабость, вялость, быстрая утомляемость, расстройство внимания, истощаемость интеллектуальных процессов и головные боли. Все это приводит к тому, что у больных ухудшается качество работы. У них рано возникают и нарастают расстройства сна. Они долго не засыпают, сон поверхностный, прерывистый, с частыми сновидениями, нередко устрашающего характера. После сна отсутствует чувство бодрости. Появляются и становятся постоянными раздражительность и беспричинная вспыльчивость, конфликты с окружающими. [[18]](#footnote-18)

Длительность первой стадии алкоголизма в среднем составляет от 1 года до 5 лет в зависимости от интенсивности злоупотребления алкоголем. Уже на начальной стадии алкоголизма имеются функциональные соматоневрологические нарушения: вегетососудистая дистония, эзофагиты, гастриты, колиты, нарушение функции печени, начальные явления гепатита, панкреатиты.

В этой стадии совершается переход от эпизодического пьянства к систематическому. [[19]](#footnote-19)

**Средняя стадия (абстинентная).** Средняя стадия алкоголизма характеризуется усилением патологического влечения к алкоголю, которое приобретает характер непреодолимости, насильственности. Больной уже не пытается бороться с возникшим желанием выпить, а пассивно подчиняется ему.

Патологическое влечение к алкоголю во II стадии носит неудержимый, компульсивный характер. Если стремление к употреблению спиртных напитков у больных в начальной стадии продиктовано стремлением получить удовольствие или преодолеть психологические издержки стрессовой ситуации, то мотивом приема алкоголя во II стадии становится потребность испытать чувство физического комфорта, облегчить свое состояние.[[20]](#footnote-20)

Симптомы, свойственные начальной стадии алкоголизма не исчезают, а усиливаются или претерпевают те или иные изменения при формировании средней стадии алкоголизма. Наиболее характерным является абстинентный синдром (похмельный синдром). Он возникает у больного через несколько часов или суток после прекращения длительной алкогольной интоксикации.[[21]](#footnote-21) Степень его выраженности может быть различной, однако по мере развития заболевания клинические проявления имеют тенденцию к утяжелению. Наиболее легкие случаи характеризуются картиной астеновегетативных расстройств (потливость, тахикардия, снижение аппетита). Хотя и с трудом, больные еще могут справиться с желанием опохмелиться или отсрочить его до более подходящего момента – после работы, вечером. Утяжеление клинических проявлений абстиненции выражается в нарушениях сердечного ритма, колебаниях артериального давления. Нарушается координация движений, возникает тремор, становятся неравномерными сухожильные рефлексы. Желание опохмелиться характеризуется непреодолимостью и реализуется, несмотря на затруднения социально-этического порядка. Абстинентный синдром в наиболее тяжелой форме сопровождается психическими расстройствами. Отмечаются снижение настроения, чувство тревоги, напряженности, патологические идеи отношения, виновности, суицидные мысли. Расстройства сна сопровождаются кошмарными сновидениями, ощущениями падения, удушья, страха. Указанные явления наблюдаются несколько суток, вынуждая больного к постоянному стремлению опохмелиться.[[22]](#footnote-22)

Толерантность к алкоголю в средней стадии повышается и достигает своей высоты и может не меняться годами. Суточная доза употребления достигает 1,5-2 л водки. Отмечается дальнейшее изменение картины алкогольного опьянения. Настроение в состоянии опьянения приобретает все более раздраженно-злобный характер со склонностью к агрессии по отношению к окружающим. Утрата контроля за количеством потребляемого алкоголя возникает после приема самых малых доз спиртных напитков.

Сочетание непреодолимого влечения к алкоголю с утратой количественного контроля и абстинентным синдромом обусловливает изменение формы пьянства. Наиболее часто в этой стадии больные употребляют алкоголь практически ежедневно в дозах, которые вызывают состояние выраженного опьянения, или пьют запоями от нескольких дней до нескольких недель с перерывами в несколько недель между запоями.

В средней стадии алкоголизма особыми проявлениями течения заболевания являются *псевдозапои*. Запои, периодичность которых связана не с биологическими, а с чисто внешними ситуационными причинами, получили название псевдозапоев (ложных или ситуационных). Такие запои могут наинаться в конце недели, при получении зарплаты, после ухода в отпуск, по случаю семейных торжеств или каких-либо неприятностей. Внешние причины – административное наказание, семейный конфликт – обуславливают их прекращение. Псевдозапои не имеют периодичности. Обычно они значительно длиннее истинных и продолжаются от нескольких дней до нескольких недель.[[23]](#footnote-23) В промежутках между запоями больные алкоголь, как правило, не употребляют.

Практически каждое опьянение заканчивается амнезией его заключительного этапа.

Все эти расстройства существуют на фоне все более резкого изменения, деградации личности. Становятся грубее характерные для начальной стадии изменения личности больного, нарастает эгоизм. Для получения средств на выпивку игнорируются интересы семьи, коллектива, общества. Усиливаются мнестико-интеллектуальные расстройства, появляется цинизм, плоский юмор. Все более ухудшаются внимание, память. Мышление становится все более однообразным, конкретным, с поверхностными ассоциациями, которые сводятся к алкогольной тематике.

Грубо нарушаются волевые процессы: клятвы, обещания прекратить пьянство тут же забываются. Отсутствует чувство вины перед окружащими. Все прежние интересы утрачиваются, доминирующей потребностью являются алкогольные напитки.

На этой стадии алкоголизма нередко возникают острые алкогольные психозы. Продолжительность этой стадии составляет в среднем 3-5 лет. [[24]](#footnote-24)

**Конечная (энцефалопатическая) стадия.** Эта стадия характеризуется дальнейшими видоизменением и утяжелением симптомов предшествующих стадий алкоголизма и проявлением новой симптоматики.

III стадия формируется на отдаленных этапах течения алкогольной болезни. Наибольшее число больных приходится на возраст 35 - 45 лет, хотя в отдельных случаях при злокачественном течении алкоголизм может наблюдаться в возрасте свыше 50 лет. Такие случаи чрезвычайно редки в связи с укорочением средней продолжительности жизни больных алкоголизмом.[[25]](#footnote-25)

Влечение к алкоголю приобретает характер более умеренного, теряет тягостный характер, становится менее навязчивым. Насильственное влечение к алкоголю возникает в результате невыраженных, мелких по своей значимости психогенных факторов. Вместе с эти даже небольшая доза алкоголя приводит к безудержному алкогольному влечению.

Толерантность к алкоголю снижается, т.е. состояние опьянения возникает от более малых доз алкоголя по сравнению с начальной и средней стадиями заболевания; преобладает физическая зависимость от алкоголя по сравнению с психической.[[26]](#footnote-26) Больные перестают испытывать чувство радости, удовольствия при употреблении алкоголя. В то же время в связи с утяжелением абстинентного синдрома физическое влечение к алкоголю становится совершенно непреодолимым. Окончательно теряется ситуационный контроль, и в попытках раздобыть очередную порцию алкоголя больные не останавливаются не перед чем. Часто они прибегают к использованию суррогатов, различных жидкостей, продающихся в аптеках, парфюмерных магазинах. Влечение к алкоголю может быть настолько сильным, что больные готовы употреблять любые, даже заведомо ядовитые вещества, если они содержат ничтожный процент алкоголя.[[27]](#footnote-27)

Для энцефалопатической стадии алкоголизма характерны ежедневное злоупотребление дробными дозами алкоголя (до 150 мл через несколько часов) или *истинные запои*, когда больные пьют по нескольку дней. При этом по мере продолжительности запоя толерантность больных к алкоголю прогрессивно снижается. Если дозы достигают 1 л водки в первые дни запоя, то в конце запоя они снижаются до 100-150 мл в день. Такой запой вследствие физической непереносимости алкоголя заканчивается из-за рвоты или возникающих коллаптоидных состояний. Истинные запои характеризуются цикличностью. Светлые промежутки между запоями, когда больной не употребляет алкоголь, колеблются от нескольких дней до нескольких недель.

На этой стадии алкоголизма наиболее выражены проявления алкогольной деградации личности. Больные теряют морально-этические нормы поведения. У них исчезает интерес к окружающему. Нарастают и углубляются формирующиеся на средней стадии алкоголизма мнестико-интеллектуальные расстройства. Происходит обеднение всей психической деятельности. Падает работоспособность, больные могут выполнять только неквалифицированную работу, опускаются, не следят за своей внешностью, ходят грязными, небрежно одетыми. Часто совершают правонарушения.

В этой стадии нередко возникают идеи ревности, принимающие болезненный характер. В период опьянения эти идеи настолько овладевают больными, что они могут быть социально опасными, совершать агрессивные действия. Больные часто становятся беспомощными, плохо питаются, значительно худеют. Для конечной стадии алкоголизма характерны хронические алкогольные психозы.[[28]](#footnote-28) Наиболее частым алкогольным психозом является алкогольный делирий (белая горячка), который возникает обычно на фоне абстиненции вечером или ночью и сопровождается дезориентировкой во времени и пространстве, яркими образными зрительными галлюцинациями (змеи, мыши, черти и т.д.), психомоторным возбуждением, чувством страха, вегетативными проявлениями (потливость) и выраженным тремором рук.[[29]](#footnote-29)

Для целей криминологического исследования следует особо выделить такие черты алкоголиков, как подозрительность, недоверчивость, повышенная мнительность, готовность к болезненной фиксации ошибочных утверждений. В мотивационной сфере изменяется содержание потребностей и перестраивается иерархия мотивов. Алкоголь становится мерилом для оценки успешности действий ради удовлетворения потребности в нем, для того или иного отношения ко все большей части окружающей действительности. Со временем оценка того, что окружает больного, начинает более или менее зависеть от того, помогает или нет данный предмет, действие, человек удовлетворению потребности в алкоголе. Алкоголь становится ведущим мотивом поведения.

Перестройка системы мотивов сопровождается возрастанием психической зависимости от алкоголя и нарушением структуры деятельности, которая все больше подчиняется необходимости приобретать спиртные напитки. Потребность в алкоголе становится доминирующей в мотивационной сфере. Исчезают дальние мотивы, а поведение регулируется ближними, среди которых основной и смыслообразующий – алкоголь. Развиваются нарушения опосредования потребности в алкоголе, в связи с чем становится необходимой немедленная выпивка. Это толкает алкоголика на получение нужных материальных средств всеми доступными ему способами, в том числе противоправными.[[30]](#footnote-30)

В последнее время более распространенным стал алкоголизм среди женщин. Женский алкоголизм имеет ряд особенностей. Алкоголизм у женщин развивается более ускоренными темпами и более тяжелый по своим проявлениям, чем у мужчин. Однако имеются и противоположные данные, свидетельствующие о более мягком течении алкоголизма, не позволяющие оценить женский алкоголизм как злокачественный. В отличие от мужчин патологическое влечение к алкоголю у женщин формируется в первые 1-2 года злоупотребления алкоголем, и в течение этого же времени выявляется физическая зависимость от спиртных напитков, т. е. абстинентный синдром. Алкогольное изменение личности у женщин выявляется более быстрыми темпами, сопровождаясь сексуальной распущенностью, социальной деградацией.[[31]](#footnote-31)

**Дипсомания.** Несмотря на разные точки зрения, большинство авторов в настоящее время рассматривают дипсоманию как проявление алкоголизма.[[32]](#footnote-32) Истинная дипсомания (запой) представляет собой редкое заболевание. Ее надо четко отграничивать от так называемой псевдодипсомании или ложного запоя – одного из обычных видов течения хронического алкоголизма, при котором привычное употребление спиртных напитков носит неравномерный характер в силу внешних обстоятельств. Истинная дипсомания никакой зависимости от подобных обстоятельств не имеет. Она характеризуется периодически возникающими непреодолимыми приступами болезненного влечения к алкоголю. Чаще всего состоянию запоя предшествует расстройство сна, чувство тревоги, они становятся озлобленными, раздражительными. У них отмечается полная потеря интереса к труду, общению с друзьями, близкими. Часто возникает чувство какого-то безотчетного волнения и страха.[[33]](#footnote-33)

Одним из характерных предвестников дипсоматического приступа могут явиться обонятельные галлюцинации в виде запаха водки и спиртных напитков.

Интересно отметить, что после запоя больные не испытывают ни малейшего влечения к алкоголю. Скорее можно отметить обратное – спиртные напитки вызывают у них чувство отвращения, они ведут трезвый образ жизни, искренне раскаиваются по поводу своих алкогольных эксцессов, осуждают свое поведение, уверены, что подобное больше не повториться. Но вот через несколько недель, месяцев, иногда даже лет опять возникают описанные выше состояния, неудержимо влекущие больного к алкоголю. Во время запойного приступа, длящегося несколько дней, иногда недель, спиртные напитки поглощаются в огромных количествах, до нескольких литров в сутки. Больные почти ничего не едят, живут в полном смысле одной водкой. Если нет средств на ее приобретение, не останавливаются ни перед чем, идут на обман, воровство, пьют различные суррогаты, вплоть до денатурата и политуры. Приступ обычно резко обрывается внезапно наступающим отвращением к спиртному, чем он также отличается от ложных запоев хронических алкоголиков, у которых отмечается постепенное снижение количества употребляемых напитков – как бы постепенное затухание запоя.[[34]](#footnote-34)

Лечение дипсомании требует настойчивости и длительности. Обрывать приступ следует в стационарных условиях, где больные должны подвергнуться тщательному обследованию в связи с возможностью наличия других заболеваний, в частности эпилепсии и циркулярной депрессии. В таких случаях, помимо антиалкогольной терапии, должно проводиться соответствующее лечение, направленное на борьбу с этими заболеваниями.

Судебно-психиатрическая оценка дипсомании должна учитывать остроту и неодолимость влечения к алкоголю, зависимость этого влечения от общего изменения настроения и психического состояния, от возможности отнесения этого приступа к кругу депрессивных переживаний циркулярного психоза или дисфорий эпилептического генеза; в случаях установления такой зависимости естественно принятие экскульпирующего решения и направление на принудительное лечение. Вне приступа запоя дипсоман должен признаваться вменяемым.[[35]](#footnote-35)

### Алкогольные психозы

Алкогольные психозы – психозы, возникновение и развитие которых связаны с алкоголизмом, а клиническая картина выражается в экзогенном типе реакций, с грубыми нарушениями отражения действительности и психоорганическими расстройствами.[[36]](#footnote-36)

Алкогольные психозы – различные по клиническим проявлениям и течению нарушения психической деятельности, возникающие во II и III стадиях алкоголизма. Алкогольный психоз развивается не в связи с непосредственным действием алкоголя, а под влиянием продуктов его распада и продуктов нарушенного обмена. В частности, наиболее распространенные психозы – делирии и галлюцинозы – возникают, как правило, не в период запоев, т.е. на высоте алкогольной интоксикации, а во время абстиненции, когда содержание алкоголя в крови резко снижается. У лиц, не страдающих алкоголизмом, алкогольные психозы не появляются даже при исключительно больших дозах спиртного (опоях). Часто возникновению психозов предшествуют дополнительные вредности – травмы, острые инфекционные заболевания, психические стрессы, способствующие развитию психотической реакции со стороны измененной центральной нервной системы больных алкоголизмом.

**Белая горячка (алкогольный делирий).** Белая горячка является наиболее частым острым алкогольным психозом, возникающим у хронических алкоголиков в результате длительного злоупотребления спиртными напитками. Частота развития делирия увеличивается с возрастом, что связано как с соматическим состоянием больных, так и с длительностью заболевания. С наибольшим постоянством делирий возникает на 7-10 году алкоголизма. Значительно чаще по сравнению с женским алкоголизмом эта форма психоза наблюдается у мужчин.[[37]](#footnote-37)

В этиологии этого заболевания, кроме самого алкоголя, по-видимому, большое значение приобретают те болезненные нарушения в организме человека в целом и в первую очередь в печени, которые являются следствием длительной алкогольной интоксикации. Развитию белой горячки могут способствовать различные дополнительные вредности, такие, как травма, инфекции и психические потрясения.[[38]](#footnote-38)

Алкогольный делирий представляет собой галлюцинаторное помрачение сознания. Для этой формы психоза характерны:

* преобладание истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий и парейдолий;
* резко выраженное двигательное возбуждение в сочетании с напряженным аффектом страха и образным бредом;
* дезориентировка во времени, месте наряду с сохранностью самосознания.[[39]](#footnote-39)

Продолжительность алкогольного делирия в основном составляет от 2 до 8 дней.

Белая горячка обычно начинается с периода предвестников, как правило, кратковременных. Предвестниками психоза являются бессонница, кошмарные сновидения, пробуждаясь от которых больной долго не может реально воспринимать окружающее. Отдельные образы сновидений в виде зрительных и слуховых обманов чувств вторгаются в реальность, пугают и путают его. Характерным для таких состояний является усиление имеющегося у хронических алкоголиков дрожания конечностей. Интересно отметить, что иногда во время такого предгорячечного состояния у больных полностью исчезает влечение к вину и потребность в нем. Они перестают пить, так как спиртное начинает вызывать у них отвращения. Сам приступ белой горячки возникает внезапно, остро, обычно в ночное время, массовым наплывом галлюцинаторных переживаний, в первую очередь зрительных. В большинстве случаев видятся различные мелкие животные: пауки, крысы, змеи, мыши, тараканы и т.п., которые бегают вокруг больного, залезают на него, кусают, жалят. Появляются устрашающие лица каких-то людей: разбойников, преследователей, уродов. Иногда эти фигуры и лица совершенно фантастичны: то очень малы, то, наоборот, непомерно велики, искажены, напоминают чудовищ. Они угрожают больному различными страшными орудиями: ножами, пилами, топорами, направляют на него пистолеты, ружья. Кругом видится кровь. Чаще всего такие переживания сопровождаются слуховыми и тактильными галлюцинациями. Больной слышит крики о помощи, вопли, угрозы, ругательства. Насекомые летают вокруг него с характерным жужжанием, мыши пищат, змеи шипят и т.п. комары и пауки кусают его, лезут в нос, рот, уши. Он пытается стряхнуть их с себя, явственно ощущая, как они влезают на него, чувствуя шершавое прикосновение их лапок, болезненные уколы их жал. Встречаются и такие белогорячечные переживания, при которых основное действие разыгрывается где-то за окном комнаты, за дверью в коридоре. Больной хотя и не видит, но ясно ощущает, что там происходит что-то кошмарное: убивают его детей, насилуют и режут жену и т.п. Он слышит их крики о помощи и в то же время знает, что сейчас ворвутся сюда, к нему. В спешке он лихорадочно вооружается чем попало и ждет нападения своих мучителей или бросается навстречу раздающимся крикам – спасать своих родных. Иногда белая горячка возникает в дороге, в поезде. Тогда больные начинают метаться из вагона в вагон. Во всех они видят врагов, которые хотят их убить, выбросить из вагона под самые колеса. В отчаянии они прыгают на ходу с поезда или делают какие-либо другие бессмысленные и опасные поступки.[[40]](#footnote-40)

Если принимать во внимание, что все описанные выше переживания ощущаются больным с полной реальностью, то становится понятной та большая опасность, которую представляет для окружающих находящийся в таком состоянии человек. Любой предмет домашнего обихода в его руках превращается в орудие агрессии. Защищая себя от мнимой опасности и мнимых врагов, он сам становится совершителем различных правонарушений, среди которых на первом месте стоят тяжелые увечья и даже убийства. Картина белой горячки настолько ярка и очевидна, что едва ли могут возникнуть сомнения в наличии психического заболевания при проведении экспертизы по поводу совершенных противоправных действий, причем естественно, ответственность больных полностью снимается и такие лица признаются в момент преступления невменяемыми.[[41]](#footnote-41)

**Алкогольный галлюциноз.**  Алкогольный галлюциноз составляет 5-11% общего числа алкогольных психозов, занимая второе место по распространенности после делирия. Алкогольные галлюцинозы значительно чаще встречаются у больных алкоголизмом женщин.[[42]](#footnote-42) Подобно белой горячке, алкогольный галлюциноз является заболеванием, возникающим у хроническим алкоголиков в результате длительных многолетних злоупотреблений спиртными напитками.

Основным признаком алкогольного галюциноза, отличающим его от белой горячки, является то, что он протекает на фоне ясного сознания и сохранной ориентировки. В клинической картине отмечается явное преобладание слуховых галлюцинаций, в то время как при белой горячке на первом месте стоят нарушения зрительных восприятий в форме иллюзорных и галлюцинаторных переживаний. Слуховые галлюцинации преимущественно воспринимаются в форме голосов – мужских, женских, детских. Реальность их полная. Чаще всего, не обращаясь непосредственно к больному, они ведут между собой разговор о нем, ругая его, оскорбляя и угрожая самыми тяжелыми расправами и карами. Постоянно слышатся фразы, подобные следующим: «пьяница, вор, доберемся до тебя», «от нас не уйдет – все равно ему конец», «резать будем на куски» и т.д. Иногда голоса принимаются спорить о больном: один доказывает необходимость немедленной и самой жестокой расправы над ним, другие склонны его защищать, предлагая смягчить наказание, уменьшить его. В некоторых случаях голоса, перечисляя все подробности жизни больного, начинают издеваться над ним. Становясь насмешливыми, они зло иронизируют над теми или иными событиями прошлого и тем приводят больного в ярость. Часто угрозы направлены в адрес не самого больного, а его семьи, родных. Голоса угрожают их убить, искалечить, изнасиловать. Одновременно и как бы в подтверждение этого больной слышит крики о помощи своей жены, детей, родственников. В этих случаях могут присоединиться и зрительные обманы в виде окровавленных трупов, каких-то зловещих образов, вооруженных людей, размахивающих ножами, и т.д. но такие галлюцинации менее ярки, чем белогорячечные, и возникают только в особых условиях – в темноте и при закрытых глазах.[[43]](#footnote-43)

Галлюцинаторные переживания при алкогольном галлюцинозе способствует формированию идей преследования, переходящих в прямые бредовые переживания. Больной начинает считать, что шайка каких-то врагов и злоумышленников устраивает слежку за ним и его семьей. Какие-то «шпионы» и «бандиты» хотят их убить и ограбить. В соответствии с этим развивается общая тревожность, страх. Действия больного полностью отражают эти его переживания и опасения. Он убегает, прячется, совершает поступки, непонятные для наблюдающих его со стороны: прячет ценные вещи, закапывает их, относит на хранение; предлагает родным немедленно уехать куда-нибудь подальше, скрыться и т.д. Естественно, что подобные переживания могут привести больного к совершению самых различных правонарушений.[[44]](#footnote-44)

В отличие от алкогольного делирия при галлюцинозе сознание не помрачено – больные правильно ориентированы в месте и времени, доступны контакту, сохраняют воспоминания о своих переживаниях и поведении в психотическом состоянии.[[45]](#footnote-45)

Лечение хронического алкогольного галлюциноза, особенно при многолетнем течении, не приводит к желаемым результатам. Однако настойчиво проводимая терапия при условии полного воздержания от вина может освободить некоторых больных от галлюцинаторных переживаний.

**Алкогольный параноид.** Алкогольный параноид есть остро или хронически протекающий психоз с систематизированным бредом, в клинической картине которого выступают идеи преследования, ревности, отравления и т.д. Здесь все же не отмечается такое многообразие бредовых переживаний, которое встречается при шизофрении, и на первый план выступают картины преследования или, еще чаще, ревности. В клинической картине состояния хронических алкоголиков, высказывающих бредовые идеи ревности, всегда наличествует общая бредовая оценка окружающей действительности и бредовое отношение к большинству людей, с которыми им приходится сталкиваться. Эта бредовая оценка принимает самые различные клинические формы: здесь и бредовые идеи преследования, и отношения, и отравления, и значимости, а иногда даже и величия. Характерно, что алкогольный параноид возникает скорее как первичный бред, не зависящий от галлюцинаций, и структура его возникновения и развития протекает чаще по паранояльному типу, с известной зависимостью от внешних, психогенных мотивов. Однако встречаются картины и определенно параноидной структуры, когда многое зависит от галлюцинаторных переживаний, в дальнейшем способствующих формированию бредовых идей и придающих им ту или иную конкретную форму и наполняющих их определенным содержанием.

В тех случаях, когда переживания хронического алкоголика ограничены одними идеями ревности, налицо лишь определенные характерологические особенности, заостренные специфическим в этом отношении влиянием длительной алкогольной интоксикации. Естественно, что и судебно-психиатрическая оценка такого состояния не выходит за рамки тех общих положений, которые существуют при проведении экспертизы по поводу правонарушений, совершенных хроническим алкоголиком, т.е. лица признаются вменяемыми и ответственными за совершенные ими правонарушения. У алкоголиков с психопатическими состояниями чертами характера при определенной реальной ситуации возможно появление сверхценных идей ревности и паранояльного развития с преобладанием переживаний, связанных с идеями ревности.

Коренным образом дело меняется, когда идеи ревности начинают приобретать бредовый характер, т.е. начинается формирование алкогольного параноида как заболевания. Речь идет о формировании алкогольного параноида, а не об алкогольном бреде ревности потому, что в этом случае переход идей ревности в бредовую форму происходит не в виде количественного усиления и нарастания интенсивности болезненных переживаний, а как их качественное изменение. Теперь уже круг болезненных переживаний не замкнут одной идеей ревности. Если она и играет ведущую роль, то все равно сопровождается еще рядом бредовых переживаний: идей преследования, отношения, отравления и т.д., т.е. дает оформленную картину параноидного синдрома в целом.[[46]](#footnote-46)

**Корсаковский психоз.** Корсаковский психоз (болезнь Корсакова) - это заболевание, которое возникает у лиц, длительно злоупотребляющих спиртными напитками, особенно из числа тех, которые пьют различного рода суррогаты (неочищенный спирт-сырец, самогон и т.п.). Корсаковский психоз развивается преимущественно на конечной стадии алкоголизма.

В картине психических нарушений на первый план выступают характерные расстройства памяти. Способность запоминания значительно нарушается. Больной не способен дать ответ на самые простые вопросы, а именно, обедал он или нет, заходил ли к нему только что кто-нибудь и т.д. Он многократно здоровается с врачом или сестрой, так как стоит им выйти из палаты, как он уже не помнит, видел он их или нет, и поэтому вошедшие в нее снова через несколько минут являются для него впервые увиденными. В беседе он мгновенно забывает то, что сказал сам и услышал от других, и в силу этого способен помногу раз спрашивать об одном и том же и повторять уже сказанное. Пробелы памяти восполняются псевдореминисценциями и конфабуляциями. Характерной особенностью этих симптомов при корсаковской болезни, в отличие от прогрессивного паралича или других органических психозов, является отсутствие в них элемента фантастичности и нереальности. Больной рассказывает о событиях, которые, может быть, и не имели места в его жизни в таком виде, как он о них сообщает, но, принимая во внимание его положение и образ жизни до болезни, вполне можно допустить, что они произошли. Чаще всего сообщаемое больным действительно происходило с ним несколько месяцев или лет назад до болезни, например, находящийся длительное время в больнице больной сообщает врачу, что он вчера вернулся из командировки или из дома отдыха, что он проводил собрание, был на выставке или в театре.

Расстройствами памяти на текущие события объясняются резко выраженные у страдающих корсаковским психозом нарушения ориентировки в пространстве и времени. Но, несмотря на тяжелые нарушения памяти, восприятие и мышление таких больных оказывается измененным в значительно меньшей степени, и поэтому ядро личности как бы остается сохранным.[[47]](#footnote-47)

В лечении на первом месте стоит немедленное и полное прекращение употребления спиртных напитков. Одно выполнение этого обязательного условия может повлечь обратное развитие симптомов болезни.

Судебно-психиатрическое значение корсаковской болезни невелико, во-первых, уже потому, что сама эта нозологическая форма встречается весьма редко. Вопрос об экскульпации стоит только в тех случаях, когда можно с достоверностью доказать, что криминальные действия явились следствием болезненных нарушений памяти, если же имеют место дефекты памяти, с которыми больной научился в известной мере справляться, и личность его в целом достаточно сохранена, вменяемость при преступлении не подвергается сомнению.[[48]](#footnote-48)

**Алкогольный псевдопаралич.** Подобно корсаковскому психозу, алкогольный псевдопаралич развивается у лиц, длительно злоупотребляющих алкогольными суррогатами. Предрасполагающим моментом к его развитию является наблюдаемое в особенно сильной степени у некоторых алкоголиков резкое расстройство питания с нарушением обмена веществ, сопровождаемое явлениями авитаминоза. В психической сфере таких больных на первый план выступают явления интеллектуальной деградации. Больной не осознает своей неполноценности, не замечает совершаемых просчетов и ошибок. Фон настроения преобладает благодушный, эйфоричный. Одновременно начинает развиваться переоценка своей личности, принимающая в выраженных стадиях болезни характер нелепого бреда величия. Дальнейшее развитие болезни ведет к известному снижению психической активности, в силу чего продуктивная симптоматика в форме галлюцинаторных и бредовых переживаний меркнет, утрачивает характер системности, и больные пребывают в состоянии вялости и безразличного отношения к окружающему. [[49]](#footnote-49)

С неврологической стороны при алкогольном псевдопараличе отмечается вялая реакция зрачков на свет, некоторая дизартричность речи, боли в конечностях. При более легких формах зрачковые рефлексы могут не страдать, а наблюдаются только нарушения в сухожильных рефлексах, выраженный тремор пальцев рук, полиневритические явления.

Болезнь встречается весьма редко и судебно-психиатрическое значение ее крайне незначительно. Естественно, что во всех тех случаях, когда в период совершения криминальных действий имевшаяся психотическая симптоматика в форме галлюцинаторных и бредовых переживаний и степень интеллектуального снижения и деградации позволяли поставить диагноз псевдопаралича, эксперт приходил к признанию такого испытуемого невменяемым.

### Лечение и профилактика алкоголизма

Лечение больных алкоголизмом тесно связано с их реадаптацией и реабилитацией.

Алкоголизм – это болезнь, от которой страдает сам больной, его родственники, близкие и общество. Лечение страдающих алкоголизмом с учетом алкогольного изменения психики, деградации должно проводиться даже при отсутствии у больного желания лечиться. Врач должен применить максимум усилий для убеждения в необходимости добровольного лечения и абсолютного последующего воздержания от употребления алкоголя. Лечение следует начинать как можно раньше.

Лечение больного алкоголизмом должно быть комплексным (с учетом используемых методов лечения), индивидуальным (исходя из черт личности, стадии алкоголизма), длительным и непрерывным. Лечение больного должно быть направлено на осознание больным своего заболевания, перестройку его отношения к прежнему окружению, иногда и изменения всего уклада жизни, полностью исключающего употребление алкоголя. Это достигает различными методами психотерапии и изменением микросоциальной среды.

Лекарственная терапия направлена на перестройку патогенетических механизмов, которые поддерживают влечение к алкоголю. Это достигается применением солей кальция, глицерофосфата, сульфата магния. Все это не только нормализует солевой обмен, но и снижает эмоциональное напряжение, вызывает седативный эффект. Вместе с тем необходимо урегулирование психических процессов, что наряду с психотерапией достигается назначением малых транквилизаторов: седуксена, тазепама, грандоксина, снижающих напряжение, тоскливость, тревожность. Назначается лечение, способствующее нормализации нарушенных функций внутренних органов и восстановлению витаминного состава в организме, особенно витаминов группы В. [[50]](#footnote-50)

Собственно противоалкогольная лекарственная терапия направлена на выработку отвращения к алкоголю, сенсибилизации к нему организма. Отвращение к алкоголю вызывают методом выработки условных рефлексов. Наиболее часто вырабатывают тошнотно-рвотную реакцию на алкоголь методом апоморфинотерапии. Больному подкожно вводят от 0,2 до 1,5 мл 1%-ного раствора апоморфина до вызывания рвоты. При приближении наступления рвоты больному дают 50 мл алкогольного напитка. Лечение проводится до прочного закрепления условнорефлекторной рвотной реакции на алкоголь. [[51]](#footnote-51)

Для профилактики алкоголизма применяют комплекс социальных и медицинских мероприятий. Вся работа по организации выявления и лечения лиц, злоупотребляющих алкоголем, должна проводиться на фоне широко организованного противоалкогольного воспитания населения.

Различают 3 ступени профилактики:

* первичная профилактика – предупреждение пьянства и возникновения алкоголизма;
* вторичная профилактика – комплексное лечение с последующими курсами противорецидивной терапии;
* третичная – социальная реабилитация и реадаптация больных.

Наиболее эффективной мерой профилактики алкоголизма является антиалкогольное воспитание подрастающего поколения. Большое значение должно придаваться санитарно-просветительной работе, целью которой является ознакомление населения с действием алкоголя на организм, включая и малые его дозы, с риском формирования алкоголизма как болезни.

В борьбе с алкоголизмом важно преодолеть вековые традиции, связанные с образом жизни, социальной психологией человека. Сегодня не все еще понимают и трезво оценивают всю сложность предстоящей работы. Кампанейщина только компрометирует борьбу с алкоголизмом. В изучении социальных причин пьянства и алкоголизма требуются новые подходы во взаимосвязи с проблемами гигиенического воспитания населения, с учетом психологии современного человека.[[52]](#footnote-52)

### Судебно-психиатрическая экспертиза

Лица, страдающие алкоголизмом, совершающие противоправные действия, относятся к группе повышенного риска – чаще правонарушения совершаются в состоянии алкогольного опьянения.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, страдающих алкоголизмом, как правило, не представляет значительных сложностей. Учитывая наличие ряда психических расстройств при этом заболевании и в то же время отсутствие грубых изменений восприятия, мышления, сознания двигательно-волевой сферы тонуса лица, критики, они не лишены способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, поэтому, как правило, признаются вменяемыми.

При экспертизе лица, совершившего правонарушение в состоянии простого алкогольного опьянения, учитывают все особенности клинической картины опьянения, для чего очень существенны следственные данные, а также анаместические и клинические данные, полученные при судебно-психиатрической экспертизе, которые могут или подтвердить диагноз этого состояния, или его исключить, что особенно важно в случаях дорожно-транспортных правонарушений.

Правонарушающее поведение алкоголиков обычно отличается пассивностью и не является результатом продуманных решений, формой осмысленных, зрелых взглядов,ясных позиций. Многие правонарушители этого типа, особенно из числа многократно судимых лиц старших возрастов, безынициативны и инертны, безразличны к себе и окружающим.[[53]](#footnote-53)

Больной алкоголизмом признается невменяемым лишь тогда, когда у него отмечается стойкое слабоумие, исключающее возможность больного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. К этому лицу по решению суда могут быть применены меры медицинского характера.

В соответствии с Уголовным Законом ЛР лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного опьянения, подлежит уголовной ответственности. Если будет установлено, что лицо страдает алкоголизмом и нуждается в принудительном лечении, то осужденным наряду с наказанием суд может назначить проведение принудительного лечения по месту отбывания лишения свободы.

Другим видом клинической картины патологического опьянения является синдром параноидный или галлюцинаторно-бредовый, который характеризуется возникновением бреда, стереотипного двигательного и речевого возбуждения на фоне сумеречного помрачения сознания. Отличием патологического опьянения является неспособность лица в этом состоянии к контакту с окружающими, к совместным действиям. Поступки его не вытекают из окружающей обстановки, но в то же время представляют нередко внешне упорядоченные действия.

При судебно-психиатрической экспертизе важно получить данные о событиях, которые испытуемый помнит, и сопоставить, в какой степени они совпадают с действительностью. При задержании лиц в патологическом опьянении после правонарушения они в отличие от лиц в простом алкогольном опьянение не проявляют агрессии, возбуждения, а пассивно подчиняются задержавшим его лицам. Экспертиза лиц, совершивших правонарушение в состоянии опьянения, самая частая и в то же время сложная, т.к. от решения вопроса, в каком состоянии опьянения совершено правонарушение, зависит вменяемость лица. [[54]](#footnote-54)

Экспертиза дееспособности при хроническом алкоголизме и других наркоманиях занимает значительное место при судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе. Особенности психики хронических алкоголиков с присущим им общим моральным огрублением, черствостью, эгоизмом, создающие невыносимую обстановку в семье, их влечение к алкоголю, для удовлетворения которого пропиваются все деньги, выносятся из дома, продаются и обмениваются самым невыгодным образом вещи и заключаются явно ущербные сделки, часто могут подать повод к определению дееспособности таких лиц и их права заключать имущественные сделки, воспитывать детей, состоять в браке и т.д. Совершенно очевидно, что эти вопросы должны решаться в строго индивидуальном порядке с учетом совокупности поведения испытуемого,его общего психического состояния, степени моральной и интеллектуальной деградации. Кроме того, может разбираться вопрос о том, что хронический алкоголик мог находиться в момент совершения им гражданского акта в препсихотическом, постпсихотическом или даже психотическом состоянии. Особо следует выделить, вопрос об оценке состояния испытуемого в алкогольном опьянении, во время которого часто могут иметь место имущественнцые сделки или иные гражданско-правовые тношения.[[55]](#footnote-55)

В тех случаях, когда злоупотребление спиртными напитками, достигающее степени хронического алкоголизма, встречается у лиц, страдающих каким-нибудь психическим заболеванием, например, шизофренией, эпилепсией, сифилитическими психозами и т.д., и эти больные совершают правонарушение или гражданско-правовые действия, в отношении которых следует определить их вменяемость или дееспособность, вопрос решается в зависимости от состояния их основного заболевания.[[56]](#footnote-56)

Проблема алкоголизма является одной из важнейших социально-медицинских проблем. Это связано с тем, что в результате широкого распространения среди населения привычки употребления спиртных напитков и увеличения числа лиц, злоупотребляющих алкоголем, наносится огромный вред здоровью населения и обществу в целом. Вред, наносимый обществу лицами, злоупотребляющими алкоголем, проявляется в том большом объеме правонарушений, которые эти лица совершают в состоянии алкогольного опьянения.

1. В.В. Дунаевский, В. Д. Стяжкин Наркомании и токсикомании, Ленинград, 1990. – С. 38 [↑](#footnote-ref-1)
2. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д.Ф. Хритинин Судебная психиатрия: учебник для вузов, Москва, 1997. – С. 224 [↑](#footnote-ref-2)
3. Ю. И. Никитин Нервоно – психические заболевания при алкоголизме, Киев: «Здоровья», 1988. – С. 10-11 [↑](#footnote-ref-3)
4. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С.7 [↑](#footnote-ref-4)
5. Ю. И. Никитин Нервоно – психические заболевания при алкоголизме, Киев: «Здоровья», 1988. – С. 11-12 [↑](#footnote-ref-5)
6. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С.8 [↑](#footnote-ref-6)
7. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д.Ф. Хритинин Судебная психиатрия: учебник для вузов, Москва, 1997. – С. 230 [↑](#footnote-ref-7)
8. Ю. И. Никитин Нервоно – психические заболевания при алкоголизме, Киев: «Здоровья», 1988. – С. 13 [↑](#footnote-ref-8)
9. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С.10 [↑](#footnote-ref-9)
10. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д.Ф. Хритинин Судебная психиатрия: учебник для вузов, Москва, 1997. – С. 232 [↑](#footnote-ref-10)
11. Ю. И. Никитин Нервоно – психические заболевания при алкоголизме, Киев: «Здоровья», 1988. – С. 13 [↑](#footnote-ref-11)
12. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С.53 [↑](#footnote-ref-12)
13. Там же, С.54 - 55 [↑](#footnote-ref-13)
14. В.В. Дунаевский, В. Д. Стяжкин Наркомании и токсикомании, Ленинград, 1990. – С. 38 [↑](#footnote-ref-14)
15. В.В. Дунаевский, В. Д. Стяжкин Наркомании и токсикомании, Ленинград, 1990. - С. 39 [↑](#footnote-ref-15)
16. Там же, С. 47 [↑](#footnote-ref-16)
17. В.В. Дунаевский, В. Д. Стяжкин Наркомании и токсикомании, Ленинград, 1990. - С. 48 [↑](#footnote-ref-17)
18. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д.Ф. Хритинин Судебная психиатрия: учебник для вузов, Москва, 1997. – С. 225 [↑](#footnote-ref-18)
19. Л.М. Балабанова Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений), Д: Сталкер, 1998. – С.110 [↑](#footnote-ref-19)
20. В.В. Дунаевский, В. Д. Стяжкин Наркомании и токсикомании, Ленинград, 1990. – С. 49 [↑](#footnote-ref-20)
21. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д.Ф. Хритинин Судебная психиатрия: учебник для вузов, Москва, 1997. – С. 226 [↑](#footnote-ref-21)
22. В.В. Дунаевский, В. Д. Стяжкин Наркомании и токсикомании, Ленинград, 1990. – С. 50 [↑](#footnote-ref-22)
23. Там же, С. 42 [↑](#footnote-ref-23)
24. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д.Ф. Хритинин Судебная психиатрия: учебник для вузов, Москва, 1997. – С. 227-228 [↑](#footnote-ref-24)
25. В.В. Дунаевский, В. Д. Стяжкин Наркомании и токсикомании, Ленинград, 1990. – С. 51 [↑](#footnote-ref-25)
26. Л.М. Балабанова Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений), Д: Сталкер, 1998. – С.110 [↑](#footnote-ref-26)
27. В.В. Дунаевский, В. Д. Стяжкин Наркомании и токсикомании, Ленинград, 1990. – С. 51 [↑](#footnote-ref-27)
28. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д.Ф. Хритинин Судебная психиатрия: учебник для вузов, Москва, 1997. – С. 229 [↑](#footnote-ref-28)
29. Л.М. Балабанова Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений),Д: Сталкер, 1998. – С.110 [↑](#footnote-ref-29)
30. Л.М. Балабанова Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений),Д: Сталкер, 1998. - С.114-115 [↑](#footnote-ref-30)
31. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д.Ф. Хритинин Судебная психиатрия: учебник для вузов, Москва, 1997. – С. 229 [↑](#footnote-ref-31)
32. В.В. Дунаевский, В. Д. Стяжкин Наркомании и токсикомании, Ленинград, 1990. – С. 42 [↑](#footnote-ref-32)
33. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С.60 [↑](#footnote-ref-33)
34. Там же, С.61 [↑](#footnote-ref-34)
35. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. - С.62 [↑](#footnote-ref-35)
36. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д.Ф. Хритинин Судебная психиатрия: учебник для вузов, Москва, 1997. – С. 240 [↑](#footnote-ref-36)
37. Алкогольная болезнь. Поражения внутренних органов при алкоголизме (под редакцией проф. В.С. Моисеева), Москва, издательство Университета дружбы народов, 1990. – С.118 [↑](#footnote-ref-37)
38. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С.65 [↑](#footnote-ref-38)
39. Алкогольная болезнь. Поражения внутренних органов при алкоголизме (под редакцией проф. В.С. Моисеева), Москва, издательство Университета дружбы народов, 1990. – С.119 [↑](#footnote-ref-39)
40. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С.65-66 [↑](#footnote-ref-40)
41. Там же, С.67-68 [↑](#footnote-ref-41)
42. Алкогольная болезнь. Поражения внутренних органов при алкоголизме (под редакцией проф. В.С. Моисеева), Москва, издательство Университета дружбы народов, 1990. – С.121 [↑](#footnote-ref-42)
43. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С.74 [↑](#footnote-ref-43)
44. Там же, С.74-75 [↑](#footnote-ref-44)
45. Алкогольная болезнь. Поражения внутренних органов при алкоголизме (под редакцией проф. В.С. Моисеева), Москва, издательство Университета дружбы народов, 1990. – С.121 [↑](#footnote-ref-45)
46. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С.81 [↑](#footnote-ref-46)
47. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С. 91 [↑](#footnote-ref-47)
48. Там же, С.92 [↑](#footnote-ref-48)
49. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С.92-93 [↑](#footnote-ref-49)
50. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д.Ф. Хритинин Судебная психиатрия: учебник для вузов, Москва, 1997. – С. 234-235 [↑](#footnote-ref-50)
51. Там же, С. 235 [↑](#footnote-ref-51)
52. Ю. И. Никитин Нервоно – психические заболевания при алкоголизме, Киев: «Здоровья», 1988. – С. 10 [↑](#footnote-ref-52)
53. Л.М. Балабанова Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений), Д: Сталкер, 1998. – С. 117 [↑](#footnote-ref-53)
54. Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д.Ф. Хритинин Судебная психиатрия: учебник для вузов, Москва, 1997. – С. 239 [↑](#footnote-ref-54)
55. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. – С.94 - 95 [↑](#footnote-ref-55)
56. В.Е. Рожнов судебно-психиатрическая экспертиза алкоголизма и других наркоманий, Москва: «Медицина», 1964. - С.96 [↑](#footnote-ref-56)