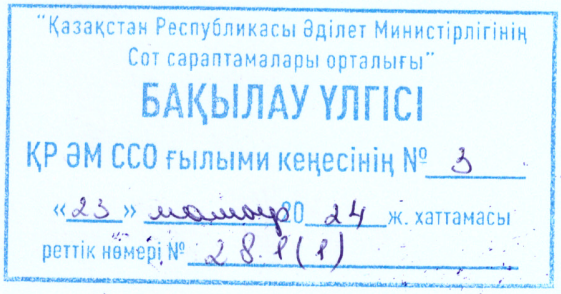
«ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ӘДІЛЕТ МИНИСТРЛІГІНІҢ СОТ САРАПТАМАЛАРЫ ОРТАЛЫҒЫ» РЕСПУБЛИКАЛЫҚ МЕМЛЕКЕТТІК ҚАЗЫНАЛЫҚ КӘСІПОРНЫ



АЛКОГОЛЬДІ ТҰТЫНУДАН ТУЫНДАҒАН ПСИХИКАЛЫҚ ЖӘНЕ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРЫН САРАПТАМАЛЫҚ БАҒАЛАУ ӘДІСТЕМЕСІ

(мамандық шифры – 28.1)

Астана, 2024 ж.

ӘДІСТЕМЕНІҢ ПАСПОРТЫ

1. Әдістеменің атауы	Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарын сараптамалық бағалау әдістемесі
2. Әдістеме мамандық шифры	28.1 (1)
3. Әдістемені әзірлеуші туралы ақпарат	Габбасов О.Ж. – «ҚР ӘМ Сот сараптамалары орталығы» РМҚК Солтүстік Қазақстан облысы бойынша ССИ» филиалының медициналық-криминалистикалық бөлімінің сарапшысы.
4. Әдістеменің мәні	Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарын сараптамалық бағалау критерийлерін әзірлеу.
4.1 Зерттеу объектілері	Жеке тұлғалар, қылмыстық іс материалдары, медициналық құжаттар.
4.2 Зерттеу әдістері	Қылмыстық іс материалдарын зерделеу, тексерілетін адамды клиникалық тексеру, қолда бар медициналық құжаттарды зерделеу, нәтижелерді, қорытындыларды бағалау.
4.3 Әдістеменің қысқаша кезеңдік сипаттамасы	1.Сот-наркологиялық сараптаманы жүргізу тәртібі. 2. Іс материалдарын зерттеу: 3. Амбулаторлық сот-наркологиялық сараптама өндірісі. 4. Медициналық құжаттарды қарау. 5. Алкоголизмнің 1 (бірінші) кезеңі (бастапқы немесе жүйкенің әлсізденуі). Мамандық диагностикалық белгілер. 6. Алкоголизмнің 2 (екінші) сатысы (жоғары немесе есірткі). Сараптамалық диагностикалық белгілер. 7. Алкоголизмнің 3 (үшінші) кезеңі (соңғы немесе энцефалопатиялық). Сараптамалық диагностикалық белгілер. 8. Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарын сараптамалық бағалау нәтижелерін бағалау (қорытынды).
5. ҚР ӘМ Сот сараптамалары орталығының Ғылыми-әдістемелік және Ғылыми	2024 жылғы 23 мамырдағы №3 хаттама

кеңестерінің бірлескен отырысында әдістемені қарау және мақұлдау күні туралы мәліметтер	
6. Әдістеме паспортын құрастырушылар туралы ақпарат	Габбасов О.Ж. – «ҚР ӘМ Сот сараптамалары орталығы» РМҚК Солтүстік Қазақстан облысы бойынша ССИ» филиалының медициналық-криминалистикалық бөлімінің сарапшысы.

МАЗМҰНЫ

КІРІСПЕ…….....5
1. НЕГІЗГІ БӨЛІМ. Сот-наркологиялық сараптаманы жүргізу тәртібі.....6
2. Іс материалдарын зерттеу.....7
3. Амбулаторлық сот- наркологиялық сараптамасы өндірісі.....8
4. Медициналық құжаттарды қарау.....9
5. Алкоголизмнің 1 (бірінші) сатысы (бастапқы немесе жүйкенің әлсізденуі), негізгі сараптамалық диагностикалық ерекшеліктер.....10
6. Алкоголизмнің 2 (екінші) сатысы (артық немесе есірткі), негізгі сараптамалық диагностикалық ерекшеліктері.....12
7. Алкоголизмнің 3 (үшінші) кезеңі (соңғы немесе энцефалопатиялық), негізгі сараптамалық диагностикалық ерекшеліктері.....16
8. Алкоголизмнің қайтуы және қайталануы.....17
9. Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарын сараптамалық бағалау нәтижелерін бағалау (қорытынды).....18
ҚОРЫТЫНДЫ……...……...21
ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ……..…….....22

КІРІСПЕ

Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарын (бұдан әрі – МБД) сараптамалық бағалау әдістемесінің 67-параграфы негізінде әзірленді. Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2017 жылғы 27 сәуірдегі № 484 бұйрығы «Сот сараптамасы органдарында сот сараптамалары мен зерттеулерді ұйымдастыру және жүргізу қағидаларының». Сот-наркологиялық сараптамаларды жасау ерекшеліктері (1).

Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарын сараптамалық бағалау әдістемесін енгізудің өзектілігі алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарын сот-наркологиялық сараптаманың әртүрлі психобелсенді заттарды қолданудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарын тексеруге қарағанда басым болуымен, сондай-ақ тізімде, наркологиялық сараптама мамандығы бойынша ешқандай әдістеменің болмауымен түсіндіріледі.

Сот-наркологиялық сараптаманы жүргізудің мақсаты клиникалық наркология саласындағы арнайы ғылыми білімдерге негізделген алкогольді ішімдіктерді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарына объективті сараптамалық баға беру болып табылады. Сот-наркологиялық сараптаманы жүргізудің мақсаты іс материалдарын, жеке тұлғаларды, медициналық құжаттаманы жан-жақты объективті зерделеу негізінде сараптама тағайындаған органдардың қойған мәселелерін шешу және зерттеу нәтижелерін бағалау болып табылады.

Сот-наркологиялық сараптаманың пәні алкогольді зиянды салдарымен (зиянды пайдалану) пайдаланудың диагностикалық критерийлеріне және алкогольге тәуелділік синдромының критерийлеріне негізделген психикалық және мінез-құлық бұзылыстарын сараптамалық бағалау болып табылады.

Зерттеу әдістері: қылмыстық іс материалдарын зерделеу, тексерілетін адамды клиникалық тексеру, қолда бар медициналық құжаттарды зерделеу, нәтижелерді бағалау, қорытынды шығару.

1. НЕГІЗГІ БӨЛІМ

Сот-наркологиялық сараптаманы жүргізу тәртібі

Алкогольге тәуелділік - алкогольді теріс пайдаланудан туындаған созылмалы психикалық ауру, алкогольге патологиялық құштарлықпен сипатталады және нәтижесінде алкогольдік уланудың әртүрлі салдарымен ауырлық дәрежесі жоғарылайды.

Аурудың клиникалық синдромдары: алкоголизмнің бірінші сатысында неврастен тәрізді, алкоголизмнің екінші сатысында бас тарту синдромы және алкоголизмнің үшінші сатысында тұлғаның деградациясы негізінен бір схема бойынша қалыптасады, олардың барлығы алкогольге патологиялық тартымдылықпен, созылмалы алкогольдік интоксикация салдарының ауырлығының жоғарылауымен қалыптасады, бұл оның прогрессивті сипатын көрсетеді (2). Алкогольдік интоксикация әсерінің тұрақтылығының ауырлығындағы айырмашылықтар алкоголизмнің сатыларының (сатыларының) негізінде жатыр. Алкоголизм диагностикасының негізінде клиникалық синдромдарды диагностикалық критерийлер ретінде қолдану принципі қолданылады, бұл сот-наркологиялық сараптамаларды жүргізу кезінде сараптамалық қорытындылардың қорытындыларының негізінде жатыр.

Алкоголизмнің негізгі клиникалық синдромдарына мыналар жатады: алкогольге патологиялық тартымдылық, кету жағдайы және алкогольдің деградациясы; дәл осы дәйектілікте пайда болады, бұл синдромдар жоғарыда айтылғандай аурудың прогрессивтілігін, яғни оның прогрессивті салмағын немесе сатысын көрсетеді (2).

Сот-наркологиялық сараптамасын жүргізудің кезектілігі 67 (1)-тармақта сипатталған. Сот-наркологиялық сараптама өндірісінің ерекшеліктері. Бұл әдістеме түсініктемелер мен толықтыруларды, атап айтқанда, іс материалдарын зерделеу, жеке тұлғаларды тексеру және медициналық құжаттарды зерделеу кезінде неге назар аудару қажеттігін қамтиды. Әдістеме сонымен қатар тиісті облыстың Психикалық сауықтыру орталығының наркологиялық бөлімшелерінде есепте тұрған науқастарды динамикалық бақылау ережелерін көрсететін нормативтік-құқықтық актілерге сілтемелерді қамтиды және мәжбүрлеп емдеуге қарсы көрсетілген ауруларды көрсетеді.

Аурудың клиникалық синдромдары: алкоголизмнің бірінші сатысындағы жүйкенің әлсізденуі тәрізді, алкоголизмнің екінші сатысындағы абстиненция синдромы және алкоголизмнің үшінші сатысындағы тұлғаның құлдырауы негізінен бір тізбек бойынша, яғни олардың барлығы алкогольге патологиялық құштарлықпен қалыптасады, оның улы заттар салдарларының ауырлығының жоғарылауымен, оның созылмалы прогресімен сипатталады (2). Алкогольге тәуелділік кезеңдерінің негізінде алкогольдік мас болу салдарының ауырлығы мен сақталуының айырмашылығы жатыр. Алкоголизмнің диагностикасы клиникалық синдромдарды сот-наркологиялық сараптамалар кезінде сарапшылардың қорытындыларының негізінде жатқан диагностикалық критерийлер ретінде пайдалану принципіне негізделген. Алкоголизмнің кардиналды клиникалық синдромдарына мыналар жатады:

- Алкогольге патологиялық құштарлық:
- Ұстамалық белгілері және алкогольдік құлдырау.

Дәл осы реттілікпен туындайтын бұл белгілер жоғарыда айтылғандай, аурудың дамуын, яғни оның ауырлығының үдемелі өсуін көрсетеді немесе кезең-кезеңмен сипатталады (2).

2. Іс материалдарын зерттеу

Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2017 жылғы 27 сәуірдегі № 484 бұйрығы «Сот сараптамасы органдарында сот сараптамалары мен зерттеулерді ұйымдастыру және жүргізу қағидаларының» 440-тармағына сәйкес сот-наркологиялық сараптаманы жүргізу кезінде іс материалдарында қамтылған мәліметтерге, қылмыстық іс бойынша әкімшіліктен алынған анықтама-сұранысқа және қылмыстық іс қозғау туралы мәліметтеріне сүйенеміз. құқық бұзушылықтар, учаскелік инспекторлардың туыстарының мінездемесі. Сұралған материалдардың бұл тізімі толық болып табылмайды. Сарапшы қорытынды беру үшін қажетті өзге де материалдарды сұратуға құқылы.

Мысалы, тексеруге жеткізу жиілігі мен динамикасын қадағалау үшін Психикалық денсаулық орталығының бейімдеу және уланудан арылту орталығынан мәліметтерді сұрау қажет. Бұл тексерілетін адам алкогольді бір жылдан астам немесе одан да көп тұтынбағанын мәлімдесе, алкоголизмнің ремиссиясын болдырмауға мүмкіндік береді. Тәжірибелік көмек сондай-ақ туыстарынан, куәгерлерінен, көршілерінен, таныстарынан және өз айғақтарында субъектілердің жағдайын объективті бағалайтын, олардың алкогольдік ішімдікке салынуын, ішімдік ішуін немесе алкогольді зиянды пайдалануын көрсететін басқа да тұлғалардан жауап алу арқылы көрсетіледі. Осы мақсатта туыстарынан, куәгерлерінен, көршілерінен, таныстарынан және басқа да адамдардан жауап алу кезінде анағұрлым толық «алкоголь» анамнезі жүргізілетіндей етіп сараптама тағайындаған органмен жұмыс істеу ұсынылады.

Қылмыстық және әкімшілік құқық бұзушылықтар туралы біріктірілген мәліметтер базасынан мәліметтер - қылмыстық және әкімшілік құқық бұзушылықтар туралы бұл ақпарат адамның қоғамдағы мінез-құлқын, оның қылмыстық немесе әкімшілік жауапкершілігінің уақыт тізбесін, мысалы, қоғамдық орындарға мас күйінде келгені немесе қоғамдық орындарда алкогольді ішімдіктерді ішкендігін бағалауға мүмкіндік береді, бұл анамнезге қосымша ретінде алкогольді жүйелі түрде тұтынуды және оның кез келген жағдайды бақылауды жоғалтуын көрсетуі мүмкін (мысалы, жағдайды бақылауды жоғалту).

Учаскелік инспекторлардың мінездемесі- зерттелетін адамның ерекшеліктерін көрсетеді; алкогольдік сусындарды ішкенін байқағанына қарамастан, оң немесе теріс сипатталады, оның алкогольдік ішімдіктерге бейімділігі, полиция бөлімшесіне жиі баруы және заңсыз бұзушылықтарының болуы.

3. Амбулаторлық сот-наркологиялық сараптама өндірісі

Амбулаторлық сот-наркологиялық сараптама жүргізу кезінде келесі әдістер қолданылады:

Клиникалық және психопатологиялық зерттеу (анамнез, клиникалық сұхбат, психикалық жағдайды сипаттау, органдар мен жүйелерді физикалық тексеру, бар психикалық және мінез-құлық бұзылыстарын талдау), соматикалық- неврологиялық жағдайдың деректерін талдау және параклиникалық тексеру (ұсынылған зертханалық және аспаптық мәліметтерді зерттеу).

Наркологиялық ұйымда есепте тұрған адамдар үшін жоғарыда аталған әдістерден басқа ауру тарихы да зерттеледі (науқастың жағдайы және диагностикадан және ауруханадан шығарылғаннан кейінгі аурудың кейінгі ағымы туралы мәліметтер жиынтығы) және де медициналық құжаттаманы (амбулаториялық-емханалық карта) және стационарлық медициналық картадан қолда бар үзінділерін зерделеу.

Күзетпен ұсталған адамдарды амбулаториялық сот-наркологиялық сараптамасы сот-наркологиялық сараптаманы тағайындау туралы қаулы негізінде аталған адамдар орналасқан жерлерде (тергеу изоляторларында, уақытша ұстау изоляторларында), сондай-ақ зерттеу жүргізу үшін қажетті жағдайлар болған кезде сот сарапшысының кабинетінде жүргізіледі.

Негізінде Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2017 жылғы 27 сәуірдегі № 484 бұйрығының 67 тармағы сарапшының (сарапшылардың) қорытындысы (1): клиникалық зерттеу барысында алынған деректерге, яғни сұрақ қою процесінде ауру тарихы (бар болса) маңызды рөл атқарады. Ол үшін клиникалық наркология саласында арнайы ғылыми білімнің болуы қажет.

Клиникалық сұхбат барысында біз белгілі бір реттілікпен алкоголизм кезеңдерінің сараптамалық диагностикалық белгілерін анықтаймыз. (осы әдістемеде көрсетілген), немесе олар болмаған жағдайда, зиянды салдары бар алкогольді тұтынудың зиянды белгілерін анықтаймыз немесе алкогольдік ішімдіктерді пайдаланбайтын адамдар үшін есірткіге байланысты дені сау (алкоголизммен ауырмайтын) қорытынды жазамыз. Сот-наркологиялық сараптама жүргізу кезінде науқастың ауру тарихын және ауру тарихын зерделеу қажет.

Анамнездік деректер:

Өмір тарихы: ерте дамуы, балалық шақ аурулары, балалық жасына қарай өсіп-жетілгендігі, жақын туыстарының, ата-аналарының психикалық және нашақорлық ауруларының тұқым қуалайтын ауыртпалығы туралы мәліметтер, алған білімі (жалпы орта, орта немесе жоғары) туралы мәліметтер, еңбек қызметі туралы мәліметтер (еңбек тарихы), әскери қызмет туралы мәліметтер (егер өтелмеген болса, себебі неде), хирургиялық араласулар, мүгедектік тобы, мүгедектік тобы туралы мәліметтерді көрсетеміз. Әкімшілік және қылмыстық жауапкершілік туралы мәліметтерді және отбасылық жағдайы туралы мәліметтерді зерделейміз.

Ауру тарихы:

Қорытындының бұл бөлімінде біз объективті жағдайды (жалпы тексеру), соматикалық статусты, неврологиялық статусты және психикалық жағдайды егжей-тегжейлі сипаттаймыз.

Біз ауру тарихын зерттейміз, онда негізгі нашақорлық синдромының уақыт тізбесенің қалыптасуы, өзгерген реактивтілік синдромы (тұтыну формасының өзгеруі, төзімділік, артық дозалану кезінде қорғаныс реакцияларының жоғалуы және мас болу түрінің өзгеруі), психикалық тәуелділік синдромы және физикалық тәуелділік синдромы туралы мәліметтер болуы керек.

Клиникалық сұхбатта біз алкогольдік сусындарды бірінші рет қолдану және аурудың басталуы туралы сауалнама жүргіземіз. Біз өзгерген реактивтілік синдромының пайда болуы, алкогольдік сусындардың артық дозалануы кезінде қорғаныс реакцияларының жоғалуы (рефлексі сақталады, басылады немесе жоғалады), мас болу түрінің өзгеруі, психикалық тәуелділік синдромының және физикалық тәуелділік синдромының белгілерінің бар-жоғы туралы әңгімелесуді жүйелі түрде жүргіземіз.

4. Медициналық құжаттарды қарау

Стационарлық немесе амбулаторлық науқастардың («Д» тіркеуде болса) медициналық құжаттарын зерделеу кезінде «Д» есебінде тіркелгеннен бастап, ауруханаға жатқызулар санына, «Д» санатына тіркеу немесе ауыстыру туралы дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындысына, пациенттердің амбулаторлық қабылдауға келу жиілігіне, емделгеннен кейінгі ремиссия ұзақтығына назар аударамыз. Біз сондай-ақ «тіркелген тексеру субъектілерінің» пациенттерін динамикалық бақылау деректерін, келмеу, дәрігердің ұсыныстарын орындамау және т.б. зерделейміз.

Динамикалық бақылау деректері «Психикалық денсаулық саласындағы медициналық-әлеуметтік көмек көрсетудің кейбір мәселелері туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 25 қарашадағы № ҚР ДСМ-203/2020 бұйрығына сәйкес динамикалық бақылау жүргізу, сондай-ақ психикалық, мінез-құлық бұзылыстары бар адамдарды динамикалық бақылауды тоқтату қағидаларына (осы 2-қосымшаға сәйкес) негізделеді. https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200026685(7).

Қорытынды шығарылған жағдайда (жазасын одан әрі өтеу орны бойынша мәжбүрлеп емдеу туралы шешім қабылдануы мүмкін адамдарға қатысты) әңгімелесу барысында біз сараптама субъектісінен мәжбүрлеп емдеуге қарсы көрсетілім болуы мүмкін аурулардың бар-жоғын анықтаймыз. Аурулар болған жағдайда Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 25 қарашадағы ҚР Д30202020 No 202020 бұйрығына 1-қосымшаға сәйкес психикалық денсаулық саласындағы медициналық көмек көрсететін ұйымға жолдама қолданылмайтын психоактивті заттарды қолдануға байланысты психикалық, мінез-құлық бұзылыстары (аурулары) бар тұлғаларға медициналық қарсы көрсетілімдер тізбесін қараймыз. https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200026685 (7). Мәжбүрлеп емдеуге қарсы

көрсетілімдер болған жағдайда, біз қорытындыда осы бұйрықтың негізінде емдеуге қарсы көрсетілімді көрсетеміз.

5. Алкоголизмнің кезеңдері

Бұл әдіс негізгі наркологиялық синдромның қалыптасу тұжырымдамаларының, оның негізгі патогномиялық белгілерінің толық сипаттамасын, сонымен қатар алкоголизмнің белгілі бір кезеңінің сараптамалық диагностикалық белгілерін береді және көтерілген мәселелерді объективті және дұрыс шешуге мүмкіндік береді (5).

Алкоголизмнің 1 (бірінші) кезеңі (бастапқы немесе неврастения)

Алкоголизмнің бірінші кезеңі, ең алдымен, алкогольге деген патологиялық құштарлықпен сипатталады, алкогольге деген құмарлықтың күрт артуы, алкогольді тұтыну бір мақсаттан басқа мақсатқа қызмет етпейтін - мас күйіне жету. Алкоголизмнің осы кезеңінде алкогольге қатты құмарлықтың салдарынан тұтынылатын алкогольдік сусындардың мөлшерін бақылау мүмкін болмайды. Бұл маскүнемдіктің ең маңызды клиникалық белгісі – сандық бақылаудың жоғалуы. Бұл кезеңде алкогольді тұтынуды болдырмайтын жағдай (қылмыстық жауапкершілікке тартылу, жұмыстан айырылу, отбасын жоғалтудың нақты қаупі) маскүнемдікті тоқтатуы мүмкін. Алкогольді мас болу көптеген жағымсыз салдарларға, соның ішінде отбасылық, достық, еңбек және басқа да қоғамдық қатынастардың бұзылуына, заңға қайшылықтарға, физикалық және психикалық денсаулықтың нашарлауына алып келеді. Сабырлы болған кезде, мас болуға деген ұмтылыс өте күшті емес, кейде оны обсессивті деп атайды. Алкогольге құмарлықтың өсуімен бір мезгілде алкогольге төзімділік артады; алкогольге төзімділіктің бастапқымен салыстырғанда 2-3 есе айтарлықтай өсуі байқалады, Бұл этанол алмасуының жоғарылауымен де, оған жүйке тінінің сезімталдығының төмендеуімен де байланысты. Алкогольдің бір реттік дозасы да, тәуліктік дозасы да артып келеді. Алкогольді үлкен мөлшерде ішу құсуды тудырмайды - дененің реактивтілігінің өзгеруі және қорғаныс реакцияларының жоғалуы пайда болады.

Осылайша, зерттелетін адамды сұрау кезінде төменде көрсетілген ең маңызды және құнды диагностикалық белгілерді белгілі бір дәйектілікпен жүйелі түрде анықтау қажет.

Сараптамалық диагностикалық белгілер

Алкоголизмнің 1 кезеңі:

- Ұстамсыз тартымдылық түрінде алкогольге психикалық тәуелділікті қалыптастыру;
- Алкогольге физикалық тартымдылықтың болмауы;
- Алкогольге реактивтіліктің өзгеруі төзімділіктің жоғарылауымен көрінеді;
- Алкогольді ішу кезінде сандық бақылауды жоғалту;
- Жадынан мас болу кезеңі туралы естеліктердің жеке фрагменттері ғана жоғалып кетсе, таяз алкогольдік амнезияның пайда болуы;

• Психикалық бұзылулардың бастапқы көріністерімен неврастениялық синдромның қалыптасуы;

• Соматикалық саладан – тәбеттің бұзылуы, асқорыту жүйесінің өтпелі бұзылыстары, жеке органдардағы ыңғайсыздықпен ауырсынуы;

• Орталық жүйке жүйесінен – ұйқысыздық, жергілікті неврит түріндегі жүйке жүйесінің вегетативті перифериялық бұзылыстары.

Алкогольге психологиялық тәуелділікті қалыптастыру. Әдетте, алкогольді теріс пайдаланудың басында адам оны белгілі бір әлеуметтік орта үшін қабылданған жағдайларда жасайды. Бұл кезеңде әлеуметтік және моральдық нормалар өрескел бұзылмайды, бірақ алкогольге психикалық тартылыс (ұстамсыз тарту) біртіндеп қалыптаса бастайды. Бұл мас күйіне жетуге деген ұстамсыз ниетті білдіреді. Көбінесе, алдағы мерекеге байланысты жалпы жандану және белсенділік артады. Бірте-бірте мас болу қажеттілігі мінез-құлықтың мағыналық мотивіне айналады. Біраз уақыттан бері ішкі күрес жүреді, адам әлі де алкогольді ішу немесе ішуден бас тарту туралы күмәнданады, яғни бұл тартымдылыққа қарсы тұруға тырысады, бірақ бірте-бірте олардың тиімділігін жоғалтады.

Алкогольді ішу кезінде сандық бақылауды жоғалту. Алкоголизмнің осы кезеңінің негізгі құнды және сенімді диагностикалық критерийі, жоғарыда айтылғандай, сандық бақылауды жоғалту симптомы болып табылады. Мінез-құлық жағынан бұл «үстел басында шеңберден озып кету, мүмкіндігінше тезірек ішуге асығу», сондай-ақ «келесі тостпен асығу немесе ішімдікті түбіне дейін ішу» арқылы көрінеді. Сандық бақылауды жоғалту «Бірінші стаканды өзім аламын, екіншісі мені ұстайды» деген сипаттамалық сөйлеммен көрінеді. Демек, адам іше бастағаннан кейін дер кезінде тоқтай алмай, еріксіз мас болып қалады. Бұл алкоголизмнің 1-ші кезеңінің басталуы деп санауға болатын сандық бақылауды жоғалтудың тұрақты симптомының қалыптасуы.

Таяз алкогольдік амнезиялардың пайда болуы. Мас болу бейнесімінің өзгеруі алкогольдік палимпсестер деп аталатын амнезияның жеке ішінара түрлерінің пайда болуымен көрінеді, яғни бұл құбылыс алкоголизмнің бірінші кезеңінде қысқа мерзімді есте сақтау қабілетінің зақымдануымен түсіндіріледі, ал бірден есте сақтау зардап шекпейді. Ауру асқынған сайын амнестикалық кезеңдер ұзарады және жиілейді.

Алкогольге физикалық тартымдылықтың болмауы -Аурудың осы кезеңінде алкогольге физикалық тартымдылық жоқ, бірақ алкогольді тұтыну қазірдің өзінде көп немесе аз- аздан жүйелі болады. Алкогольдің дозасы төзімділіктің жоғарылауына байланысты 3-5 есе артады және 0,3-0,5 литр арақ немесе басқа алкогольдік сусындардың баламалы мөлшеріне жетеді. Алкоголизмнің 1 -сатысындағы мастық негізінен 1-2 күндік үзілістермен бір күндік шамадан тыс асқынулар түрінде өтеді. Бұл ішімдік ішудің бір күнінен кейін алкогольге деген жиіркеніш сезімімен ауыр мас болудан кейінгі құбылыстарының пайда болуымен түсіндіріледі. Бұл күні науқас алкогольді ішуден бас тартады. Кейде масаңдық жағдайды емдеией ұзақ уақыт күнделікті ішеді.

Психикалық бұзылулардың бастапқы көріністерімен неврастениялық синдромның қалыптасуы. Неврастениялық синдром вегетативтік-тамырлық белгілермен, неврастениялық және астениялық белгілермен көрінеді. Олар:

- құлшыныссыз көңіл-күй ауытқуларының пайда болуы;
- депрессиялық және дисфориялық күйге бейімділік;
- тұрақты қанағаттанбау және алаңдаушылық;
- ішкі кернеу;
- әсіресе отбасы мүшелерін, қызметкерлерді, бағыныштыларды негізсіз ренжіту.

Алкоголизмнің I сатысындағы науқастар дененің әртүрлі бөліктеріндегі мезгіл-мезгіл пайда болатын жағымсыз сезімдерге, ауырсынуға, ас қорыту бұзылыстарына, неврологиялық бұзылуларға шағымданады (сіңір және периостальды рефлекстердің жоғарылауы, терлеудің жоғарылауы, жергілікті неврит).

6. Алкоголизмнің 2 (екінші) сатысы (толық немесе есірткілік)

Алкоголизмнің екінші кезеңі алкогольге төзімділіктің максималды өсуімен сипатталады және алкогольге обсессивті құштарлықпен қатар, алкогольді тұтынуды тоқтатудан туындаған анық көрсетілген абстиненттік синдромның пайда болуымен сипатталады. Алкогольді мас болу жағдайына қол жеткізуге деген қайтымсыз тілек пайда болады және дене алкогольге толығымен тәуелді болады. Науқастың алкогольдің жаңа дозаларын қабылдау арқылы асқынудың өте жағымсыз сезімдерінен арылуға тырысуы оған бақыланбайтын тілекке айналады. Ауру дамыған сайын жағдайды бақылау да жоғалады. Алкоголизмнің осы кезеңінде үнемі міндетті түрде асқынулардан арылту алкогольді бақылаусыз тұтынуға және одан әрі күнделікті маскүнемдікке әкеледі - алкогольді шамадан тыс тұтынудың немесе тұрақты түрі қалыптасады. Дененің қорғаныс реакцияларының өзгеруі алкогольге максималды төзімділікке әкеледі. Алкогольге төзімділік максимумға дейін артады және бастапқы мәннен 5-6 есеге жетеді. Бұрын негізінен интоксикация кезінде байқалған моральдық-этикалық құлдырау мен өрескелдік белгілері айқын болады. Психопатияға ұқсас жағдайлар қалыптасады немесе жеке тұлғаның преморбидті қасиеттері күшейеді. Бұл кезеңде науқас алкогольді тұтынуды бақылауға тырысады, өзіне және басқаларға белгілі бір уақыт ішінде ішпеуге (немесе тұтынуды шектеуге) уәде бере алады және мұны өз әрекеті үшін өзін қалпына келтіру әрекеті ретінде пайдаланады. Дегенмен, алкогольге тәуелділіктің өсуі сөзсіз одан әрі бұзылуына және жоспарланғаннан да көп тұтынумен уәделерді бұзуға әкеледі. Алкоголизмнің бастапқы кезеңінен орта кезеңіне дейінгі нақты уақыт шегі жоқ. Алайда, алкогольді тұтыну интоксикация амнезиясының болуымен тұрақты құбылысқа айналғанда (әртүрлі жиілікте), бұл алкоголизмнің дамуының алғашқы белгісі. Науқастың мінезіндегі өзгерістер байқала бастайды. Алкоголизмнің физиологиялық салдары әртүрлі органдардың зақымдануы түрінде көрінеді. Алкогольдік психоздың даму қаупі бар.

Сараптамалық диагностикалық белгілер

Алкоголизмнің 2 кезеңі:

• Ұстамсыз сипаттағы психикалық тәуелділік алкогольдің «критикалық» дозасын қабылдағаннан кейін бақылауды жоғалтумен сақталады;

• Физикалық тәуелділік «асқақтық» және жүйелі маскүнемдікке әкелетін айқын абстиненттік синдромы бар алкогольге компульсивті құштарлық түрінде пайда болады;

• Алкогольге максималды төзімділікке қол жеткізу;

• Интоксикация суретінің өзгеруі, алкогольдік амнезия жиілігінің жоғарылауы (палимсест);

• Алкогольді шамадан тыс тұтынудың жалған ішімдік ішу сипаты;

• Психопатиялық синдромның бірте-бірте қалыптасуы, психопатиялық мінез-құлықтың жаңа формаларының өршуі немесе пайда болуы: астениялық, истерикалық, жарылғыш және апатетикалық;

• Соматикалық жағынан – ішкі ағзалардың (гастрит, гепатит) және жүйелердің әртүрлі бұзылыстары (жүрек-қан тамырлары, тыныс алу, несеп-жыныс және т.б.);

• Жүйке жүйесінен – вегетативті функциялардың бұзылуы, полиневрит, церебеллярлық және басқа ми синдромдары;

• Алкогольдік психоздың дамуы мүмкін.

Алкогольге физикалық тәуелділікті қалыптастыру – Алкоголизмнің 2-ші сатысының негізгі диагностикалық критерийі айқын абстиненттік синдромы бар алкогольге физикалық құмарлықтың қалыптасуы және соның салдары ретінде «асқақтануды емдеу» қажеттілігі болып табылады. 1- кезеңде қалыптасқан барлық басқа белгілер күшейіп, өзгереді.

Назар аударыңыз! Алкоголизмнің 2- сатысында алкоголизмнің 2 - сатысын диагностикалауға мүмкіндік беретін ең маңызды диагностикалық белгі -алкоголизмнің абстиненция синдромы қалыптасады (3).

Алкогольді қабылдау синдромы

Алкогольді қабылдау синдромы – алкоголизммен ауыратын науқастарда азды-көпті ұзақ және жаппай мас болу тоқтатылған немесе күрт төмендегеннен кейін пайда болатын вегетативті, соматикалық, неврологиялық және психикалық бұзылулар кешені. Абстиненттік синдромның мәні мынада: алкоголизмнен зардап шегетін адам мас болу нәтижесінде денені алкогольдік сусындардың белгілі бір бөліктерімен толықтырудың тұрақты қажеттілігін сезінеді. Әйтпесе, «аштық» күйі пайда болады. Ол әдетте вегетативті бұзылулар ретінде көрінеді және оны көтеру өте қиын. Алкогольді қабылдау синдромының клиникалық көрінісінің екінші полюсінде алкогольді қабылдау синдромы мен мас болудан кейінгі жағдай арасындағы түбегейлі айырмашылықты құрайтын бұзылулар жатады (2). Бұл тек алкоголизммен ауыратын науқастарда болатын алкогольге қайталама патологиялық құмарлықтың белгілерінің тұтас сериясы. Төменде алкогольді қабылдау синдромының және мас болудан кейінгі жағдайдың дифференциалды диагностикасының кестесі берілген (6).

Алкогольді қабылдау синдромының және интоксикациядан кейінгі жағдайдың дифференциалды диагностикасы (алкогольге тәуелділіктен зардап шекпейтін адамдарда алкогольдің улы дозаларын қабылдағаннан кейін пайда болатын алкогольмен улану)

Белгі	Алкогольдік абстиненция синдромы	Алкогольдің мас болудан кейінгі жағдайы
Алкогольге деген құштарлық	Алкогольге деген қатты құмарлықпен бірге жүреді	Алкогольге деген құштарлықтың болмауы, көбінесе алкогольге деген жеккөрушілік
Алкоголь дозасы	Алкогольді қабылдауды кенеттен тоқтатқаннан кейін оның дозасына қарамастан пайда болады	Алкогольдің жеке жоғары дозаларын қабылдағаннан кейін пайда болады
Клиникалық көріністері	ААS-ға тән психопатологиялық, соматикалық және неврологиялық бұзылулар кешені	Астенияның басым болуы және токсикоз көріністері (құсу, ұйқышылдық, сананың шатасуы)
Алкогольдің клиникалық көріністерге әсері	ААS клиникалық көріністерін жояды	Ол жойылмайды, керісінше улы құбылыстарды арттырады.

Абстиненттік синдромдағы жалпы соматикалық шағымдар – Алкоголизмнің екінші кезеңі дамыған сайын абстиненттік синдромның жалпы соматикалық шағымдарына көп мөлшердегі вегетативтік және статокинетикалық белгілер қосылады, сондықтан кейбір зерттеушілер оны «кіші алкогольдік психоз» деп атайды. Бұл жағдайда науқастар жүректің ауырсынуы, жүрек соғуы, аритмия, беттің ісінуі, склераның инъекциялары, аяқ-қолдардың және тілдің дірілдеуіне (бұдан әрі - жалпы тремор), шамадан тыс тершеңдік, суық тер немесе дене температурасының жоғарылауы, гипертермия, жиі зәр шығару белгілеріне шағымданады. Бас пен денеде жағымсыз сезімдер болуы мүмкін, экстрасистолия, импульстік аритмия, жүрек айнуы, құсу, диарея болуы мүмкін. Мүлдем тәбет болмайды, тіпті тамақтан бас тарту пайда болады.

Шығу синдромындағы неврологиялық симптомдар – қозғалыстардың координациясының бұзылуы бар - адиадохокенез, Ромберг позициясының тұрақсыздығы, атаксия, саусақ-мұрын сынағы кезінде белгінің болмауы, саусақтардың, қабақтардың, тілдің дірілдеуі, қозғалыстардың нашар үйлестірілуі, бұлшықет тонусының төмендеуі, көз алмасының сыртқа қараған кезде нистагмоидты жиырылуы.

Ең ауыр абстиненция синдромы ұзақ уақыт ішуден кейін дамиды және зәрдің жоғалуы бар бір реттік немесе сериялық толыққанды конвульсиялық құрысулармен бірге жүруі мүмкін.

Абстиненция синдромындағы психоневрологиялық көріністер. Преморбидті белгілерге байланысты олар төмендегідей болуы мүмкін:

- жүйке шаршауының жоғарылауы;
- тітіркену, апатия, мазасыздық параноидты көріністер;
- депрессия, өкініш, үмітсіздік сезімі, кейде суицидтік тенденциялар;
- гиперестезия, ұйқының бұзылуы (қорқынышты армандар, иллюзорлық бұзылулар, толық гипнагогиялық галлюомиялар) құрысулар.

Алкогольге мәжбүрлі құштарлық. 2-кезеңде алкогольге деген құштарлық бақыланбайтын болады (компульсивті). Қарсыласу әрекеттерінің толық жетіспеушілігі бар. Негізінде, алкогольге деген қажеттілік жеке тұлғаның басқа да негізгі емес қажеттіліктерін бір уақытта екінші жоспарға ығыстырып, азайта отырып, тұлғаның патологиялық қасиетіне айналады. Іс-шараның негізгі мақсаты - ішудің нақты мүмкіндігін жасау: алкогольді сатып алуға қаражат табу, мерекенің себебі мен жағдайын ұйымдастыру.

Тұлғаның өзгеруі – осымен қатар тұлғаның преморбидті қасиеттері күшейіп, жаңа патологиялық сипат белгілері пайда болады (тұлғаның алкогольдік психопатизациясы). Бұл адамның әлеуметтік құлдырауын ақтауға бағытталған өтірік, өрескелдік, мақтаншақтық, өз мүмкіндіктерін асыра бағалау, орындау мүмкін емес тапсырмаларды өз мойнына алу әрекеті, өрескел әзілге бейімділік. Ішуге ақша алудағы табандылық пен тапқырлық айналасындағылардың басқа сусын туралы ұсыныстарына күшті ерікті қарсылықтың толық болмауымен біріктіріледі. Науқастар ішуден бас тартудың мүмкін еместігіне және орынсыздығына сенімді және оларға байсалды өмір салтын енгізу әрекеттеріне табанды қарсылық пен дұшпандық танытады.

Психопатия тәрізді бұзылулар - алкогольді ішуден бақытты көңіл- күй кезеңі азаяды, психопатиялық бұзылулардың элементтері кейде қысқа уақыт аралығында бір-бірін алмастыратын жарылғыштық (тітіркену, ашуланшақтық, кейде аффективті тұтқырлық) немесе истерия (театрлық, көрнекі түрде өзін-өзі жою немесе өзін-өзі мақтау) түрінде пайда болады. Мұндай күйде кейде өз-өзіне қол жұмсаудың көрнекі әрекеттері жасалады, егер пациент «артық кетсе» қайғылы аяқталуы мүмкін.

Мас болу бейнесінің өзгеруі, алкогольдік амнезия жиілігінің жоғарылауы (палимпсессивті) -2 кезеңдегі алкогольдік палимпсестер мас болудың амнестикалық түрлерімен ауыстырылады. Мұндай науқастар ішімдік ішкеннен кейін аз ғана уақытты ғана есте сақтай алады, ал келесі бірнеше сағаттар жадты жоғалту болып табылады, тіпті осы кезеңде науқастың мінез-құлқы салыстырмалы түрде лайықты болса да, ол өз бетімен үйге жете алатын жағдайда болады.

Максималды төзімділік деңгейі – алкоголизмнің 2- сатысы кезінде төзімділік жоғары шегіне жетеді, ол әдетте бастапқы (бастапқы) көрсеткіштерден 5-6 есе жоғары, ал 1- кезең көрсеткіштерінен 2-3 есе жоғары.

Күніне 0,5-2 литр арақ ішеді. 1-кезеңнен айырмашылығы, алкогольдің бүкіл тәуліктік мөлшері 1-3 дозада (әдетте кешке) тұтынылатын болса, 2-кезеңде ішімдік күні бойына бөлінеді: таңғы асқынуды салыстырмалы түрде аз дозада емдеу (0,1-0,15 литр арақ), бұл айтарлықтай бақытты көңіл - күй тудырмайды, алкогольдің аздап жоғары дозасы (негізгі ішімдік ішкеннен кейін) кешкі сағаттарда өтеді, бұл ауыр мас болуға әкеледі. Маскүнемдіктің бұл көрінісі маскүнемдіктің 2- сатысында толеранттылықтың өсуіне байланысты тұтынудың «критикалық дозасы» да өсіп, сандық бақылауды жоғалтуымен жасалады. Сондықтан таңғы асқынуды емдеу үшін аз мөлшерде алкогольді ішу арқылы пациенттер күндізгі уақытта салыстырмалы түрде сергек болып, кешке ғана мас болады.

Сандық бақылаудың толық жоғалуы – Жағдайлық бақылау әрекеттері мүлдем сәтсіз. Жағдай ішумен байланысты болмаса, пациент аздап ішуді, жеңіл бақытты көңіл - күйге жетуді және тоқтатуды күтеді. Бірақ «сыни» дозадан аз доза бақытты көңіл- күйге әсерін тудырмайтындықтан, ол әрқашан ешқандай этикалық немесе әлеуметтік кедергілермен тоқтатыла алмайтын шектен тыс ішумен аяқталады.

7. Алкоголизмнің үшінші (3) кезеңі (соңғы немесе энцефалопатиялық)

Соңғы (үшінші) кезең, ең алдымен, психикалық кемістікпен сипатталады, оның көрнісіне нәзік эмоциялардың болмауы және қарабайыр сезімдердің күшеюі, рухани байланулар мен қызығушылықтардың жойылуы, негізсіз қалаулардың басымдығы мен азғындығы, бақытты көңіл- күй, сыншылдықтың болмауы, белсенді емес және басқа да функциялардың әлсіздігі. алкогольдік құлдырау. Олар әртүрлі соматикалық және неврологиялық патологиялармен бірге жүреді: полиневропатия, церебеллярлық бұзылулар, бауыр аурулары, ұйқы безі, ас қорыту және т.б., бұл жалпы тозуы мен құлдырауының көрінісін жасайды. Психоорганикалық белгілер байқалады: интеллектуалдық дәрменсіздік, амнестикалық дезориентация элементтері, еріксіз зәр шығару кезінде жамбас бақылауының әлсіреуі, эпилепсиялық ұстамалар мүмкін. Алкогольге төзімділік, алғашқы екі кезеңнен айырмашылығы, айтарлықтай төмендейді. Ауырсынатын және алуан түрлі абстинентті бұзылулардың үйлесімімен, тоқырауға тұрақты қажеттілік және төмен төзімділік, пациент үнемі алкогольдік мас күйінде болады. Бақытты көңіл- күйден мүлдем айырылған алкоголизмнің белгілері кейде психотикалық бұзылыстарға ұқсайды: пациенттер бір-біріне сәйкес келмейтін сөздермен күбірлейді, біреуге хабарласады, қорқытады, ым жасайды. Алкоголизмнің бастапқы кезеңі сонымен қатар алкогольдік сусындарға неғұрлым қарқынды, төзгісіз құштарлықпен сипатталады. Шығу синдромы психопатологиялық компонентпен көрінеді. Алкогольдік ақыл-есінің кемістігі дамиды. Ішкі органдардың ауыр зақымдануы байқалады, дұрыс тамақтанбау, шаршау және эмоционалдық тұрақсыздық, алкогольдік психоз болуы мүмкін.

Сараптамалық диагностикалық белгілер

Алкоголизмнің 3 кезеңі:

- Алкогольге психикалық тарту психикалық жайлылық қажеттілігінен туындайды және бақыланбайтын сипатта болады;
- Физикалық тартымдылық, әсіресе тоқтату белгілері кезінде;
- Алкогольдік сусындарға төзімділік айтарлықтай төмендейді;
- Жалған ішімдіктер нақтылармен ауыстырылады;
- Ситуациялық бақылау толығымен жоғалады, маскүнемдік жүйелі сипатқа ие болады;
- Шығу синдромының құрылымында психопатологиялық компонент (фрагментті идеялар, галлюцинациялар және т.б.) пайда болады.
- Интеллектуалдық және мнестикалық функциялардағы елеулі өзгерістермен (алкогольдік деменция) және жеке тұлғалық қасиеттердің теңестірілуімен тұлғаның одан әрі деградациясы;
- Алкогольдік психоздың мерзімді өршуі;
- Соматикалық жүйеден – жеке органдар мен жүйелердің ауыр қайтымсыз зақымдануы (бауыр циррозы, жүрек-қантамыр жеткіліксіздігі, Гайет-Вернике энцефалопатиясы және т.б.);
- Неврологиялық симптомдардың күшеюі, полиневрит.

Физикалық тәуелділікті тереңдету. Алкогольге деген тойтарыссыз шөлдеу. Бұл кезеңде алкогольге психикалық құштарлық синдромы физикалық тәуелділіктің тереңдеуіне байланысты өзгереді және «төменгісіз шөлдеу» сипатын алады. Науқас ішу ақысын төлеу үшін көптеген қарыздарға батып, заттарын сатып, қайыр сұрайды. Алкогольдің кез келген дозасын қабылдау интоксикацияны тереңдетудің шұғыл қажеттілігін тудырады және бұл мақсатқа да заңсыз әрекеттер арқылы қол жеткізіледі. Жағдайлық бақылауды жоғалту бейтаныс адамдармен немесе жалғыз, көбінесе кездейсоқ жерлерде ішуге дайын болу арқылы көрінеді.

Алкогольге төзімділіктің айтарлықтай төмендеуі. Төзімділіктің төмендеуіне байланысты мас болуға жету үшін қажетті алкогольдің бір реттік дозасы күрт төмендейді, дегенмен тәуліктік доза жоғары болып қалуы мүмкін. Бірақ содан кейін ол да төмендейді, ал пациент алкогольді ішімдіктерді ішуге ауыса алады, мысалы, төмен сапалы шараптар, ішімдіктің баламалары. Толеранттылықтың төмендеуі басқа ферменттік жүйелердің белсенділігінің төмендеуімен, сондай-ақ нейрондардың көп санының өлуіне байланысты орталық жүйке жүйесінің алкогольге төзімділігінің төмендеуімен түсіндіріледі (токсикалық энцефалопатия).

Мас болудан болатын тұрақсыз дисфориялық бұзылыс. Науқас жалпы әлсіздік, әлсіздік, кінәлі сезімдерден арылу үшін негізінен алкогольді ішімдіктерді ішеді. Мас болу кейпінде кейбір психикалық аурулардың салдарынан адамның көңіл-ауанының бұзылуы, шамшыл, ызақор, айналасындағыларға тиіскіштікке бейім болуы талғампаздықпен, ашуланшақтықпен, шиеленіспен басым бола бастайды. Агрессивті әрекеттер негізінен жақын адамдарға бағытталған; науқастар мазасыз және агрессивті белсенді болады.

8. Алкоголизмнің ремиссиясы

Алкоголизмнің ремиссиясы 3 айдан кем емес мерзімге алкогольдік сусындарды және олардың баламаларын ішуден бас тарту ретінде анықталады (3).

Толық ремиссия – интоксикацияға ұмтылудың жойылуымен, көңіл-күйдің, ұйқының, тәбеттің қалыпқа келуімен және кешіктірілген абстиненттік синдром көріністерінің болмауымен алкогольді тұтынудан бас тарту.

Толық емес ремиссия – алкогольге тұрақты құштарлықпен, көңіл-күйдің өзгеруімен, ұйқының және тәбеттің бұзылуымен алкогольді тұтынудан бас тарту.

Үзіліс – бұл әлеуметтік және отбасылық жағдайдың толық қалпына келуімен жүретін кемінде бір жылға созылатын толық ремиссия.

Спонтанды ремиссия - бұл арнайы терапиялық араласусыз болатын ремиссия.

Терапиялық ремиссия - бұл арнайы терапиялық араласудан кейін пайда болатын ремиссия.

Алкоголизмнің кез келген кезеңінде ремиссияның келесі себептері белгілі: физикалық жағдайдың нашарлауы, интоксикацияға құмарлықтың жойылуы (3 кезең), алкогольдің эйфориялық әсерінің жойылуы, басқа психикалық аурулардың болуы (шизофрения, эндогендік бұзылулар).

Алкоголизмнің қайталануы

Алкоголизмнің қайталануы – бұл ішімдік ішуді тоқтатқанға дейін байқалған формада ремиссиядан кейін алкогольді теріс пайдаланудың қайта басталуы (3).

Алкоголизмнің қайталануы ұзақ уақыт бойы бас тартудан кейін алкогольді бақыланатын тұтыну болып табылады. Алкогольдің алғашқы шағын дозасын қабылдағаннан кейін қайталану басталуы мүмкін, бұл бірден интоксикацияға деген қатты ықыласқа әкеледі. Сондай-ақ алкоголь дозасын біртіндеп арттыра отырып, алкогольдік сусындардың дозасын баяу арттыруға болады.

9. Сараптамалық бағалау нәтижелерін бағалауалкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстары (қорытындылар)

Сот-наркологиялық сараптаманың нәтижелері бойынша өз қорытындымыздың синтездеу бөлігінде жүргізілген зерттеулердің нәтижелерін сот сарапшысының (сарапшылардың) қорытындыларын негіздей отырып бағалаймыз. Сонымен, қорытынды жасағанда, бар адамдар үшін сот-наркологиялық сараптаманың нәтижелері алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарына қатысты келесі қорытындылар жасалады (4):

- Есірткіге байланысты денсаулық (алкоголизмнен зардап шекпейді).
- Созылмалы токсикоманиядан зардап шекпейді, алкогольді тұтынудан, зиянды салдары бар зиянды пайдаланудан туындаған психикалық

және мінез-құлық бұзылыстарының белгілерін көрсетеді (ICD-10- F 10.1 сәйкес).

• Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстары, тәуелділік синдромы түріндегі созылмалы нашақорлықтың бұзылуымен ауырады (ICD-10 - F 10.2 бойынша).

• Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстары түріндегі созылмалы есірткіге тәуелділіктен зардап шегеді. Шығу күйі (тоқтату синдромы) **(ICD-10 - F 10.3 сәйкес).**

• Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстары түріндегі созылмалы есірткіге тәуелділіктен зардап шегеді. Делирийдегі абстиненттік жағдай (абстинация синдромы). **(ICD-10 - F 10.4 сәйкес).**

• Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстары түріндегі созылмалы есірткіге тәуелділіктен зардап шегеді. Психотикалық бұзылыс. **(ICD-10 - F 10.5 сәйкес).**

• Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстары түріндегі созылмалы есірткіге тәуелділіктен зардап шегеді. Тәуелділік синдромы. Қазіргі уақыттағы абстиненция **(ICD-10 - F 10.20 сәйкес).**

• Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстары түріндегі созылмалы есірткіге тәуелділіктен зардап шегеді. Тәуелділік синдромы. Қазіргі уақыттағы пайдалануды болдырмайтын жағдайларда абстиненция. **(ICD-10 - F 10.21 сәйкес).**

Қорытындылар мен тұжырымдарды негіздеу үшін әдістемелік түсініктемелер:

Дұрыс қорытындыны беру үшін, негізінен, ұсыныстар немесе әдістемелік түсініктемелер талап етілмейді; анамнезінде алкогольді тұтыну болмаған жағдайда және іс материалдарында алкогольді тұтынуды көрсететін деректер болмаған жағдайда – есірткіге байланысты дені сау деген қорытынды шығарылады. (алкоголизммен ауырмайды).

Басқа жағдайларда қойылған сұрақтарды объективті шешу үшін диагностикалық критерийлерді белгілейтін Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің «Алкогольді тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарын диагностикалау және емдеу №7 клиникалық хаттамасын пайдалануды ұсынамын (4).

Диагностикалық критерийлер зиянды салдары бар алкогольді тұтыну (F10.1)

1. Төмендегілердің біреуі немесе бірнешеуі көрсеткендей, 12 айлық кезең ішінде кез келген уақытта орын алатын клиникалық маңызды бұзылуларға немесе күйзелістерге әкеп соқтыратын бейімделмейтін ішу үлгілері:

- жұмыста, мектепте немесе үйде маңызды рөлдік міндеттемелерді орындай алмауға әкелетін алкогольді бірнеше рет қолдану;
- денсаулыққа қауіпті жағдайларда алкогольді бірнеше рет қолдану;
- алкогольге байланысты қайталанатын құқықтық мәселелер;

- алкоголь әсерінен туындаған немесе арандатқан тұрақты немесе қайталанатын әлеуметтік және тұлғааралық проблемаларға қарамастан алкогольді тұтынуды жалғастыру.

Диагностикалық критерийлер алкогольге тәуелділік синдромы (F10.2)

Қорытынды шығарылған жағдайда "созылмалы наркологиялық бұзылудан зардап шегеді (алкоголизм сатысын көрсетуге болады), алкогольді ішуден туындаған психикалық және мінез - құлық бұзылыстары түрінде, тәуелділік синдромы (ICD - 10-F 10.2 бойынша)", сондай-ақ қойылған мәселелерді объективті шешу үшін диагностикалық критерийлер тағайындалған.

Назар аударыңыз! (тәуелділік синдромын диагностикалау үшін келесі белгілердің кем дегенде 3-еуі болуы керек) (ICD-10 сәйкес):

- алкогольді қабылдаудың күшті қажеттілігі немесе қажеттілігі;
- алкогольді тұтынуды бақылау қабілетінің бұзылуы;
- алкогольді қабылдаудың физиологиялық жағдайы;
- толеранттылықтың жоғарылау белгілері;
- алкогольді тұтынудың пайдасына балама мүдделерді біртіндеп ұмыту;
- айқын зиянды салдарға қарамастан алкогольді тұтынуды жалғастыру.

ҚОРЫТЫНДЫ

Алкогольге байланысты психикалық және мінез-құлық бұзылыстары-**б**ұл алкогольдік сусындарға деген қайтымсыз патологиялық құмарлықтың пайда болуымен, организмнің төзімділігінің өзгеруімен, алкогольді қабылдау синдромының (таңғы асқынуды басу) көріністерімен және жеке тұлғаның алкогольдік құлдырауының дамуымен сипатталатын ауру. Сот-наркологиялық сараптаманы жүргізу кезінде сарапшылық қорытындылар үшін негіз сараптама барысында белгіленген объективті деректер болуы тиіс. Бұл әдістеме алкогольді тұтынудан туындаған психологиялық және мінез-құлық бұзылыстары бар адамдар үшін объективті қорытынды жасауға мүмкіндік беретін ең құнды диагностикалық белгілерді ашып көрсетеді.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2017 жылғы 27 сәуірдегі No 484 бұйрығы // Сот сараптамасы органдарында сот сараптамалары мен зерттеулерді ұйымдастыру және жүргізу қағидаларын бекіту туралы - 67-тармақ. Сот-наркологиялық сараптаманы ұйымдастыру және өндіру.
- Иванец Н.Н., Анохина М.А., Винникова М. // Ұлттық нұсқаулар, клиникалық наркология бөлімі -1 - 2008 - 6 тарау, 199-218 б.
- Гоффман А.Г.// Клиникалық наркология бөлімі - 2003 - 23-165 б.
- Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің клиникалық хаттамасы [Электрондық ресурс] //Қолжетімділік режимі:Алкогольге байланысты психикалық және мінез-құлық бұзылыстары (ересектер үшін)
- Алкоголизмнің дамуының негізгі кезеңдері мен белгілерінің жалпы сипаттамасы, алкогольге тәуелділіктің бірінші, екінші және үшінші кезеңдері [Электрондық ресурс] //Қолжетімділік режимі: https://narko-info.com/spravochnik/razvitie-alkolnoj-zavisimosti/stadii-i-simptomyi-alkogolizma.html
- Д.И. Малин, В.М. Медведев Диаграммалар мен сызбалардағы клиникалық наркология 2013 - 1 тарау Алкоголизм клиникасы б. 22 13-кестеhttps://asklepia.ru/f/4080.pdf
- Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 25 қарашадағы No ҚР ДСМ-203/2020 бұйрығы.https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200026685.