

**РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ
«ЦЕНТР СУДЕБНЫХ ЭКСПЕРТИЗ
МИНИСТЕРСТВА ЮСТИЦИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН»**



МЕТОДИКА

**ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**

(шифр специальности -28.1)

ПАСПОРТ МЕТОДИКИ

1. Наименование методики	Методика экспертной оценки психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя
2. Шифр специальностей методики	28.1(1)
3. Информация о разработчике экспертной методики	Габбасов О.Ж. - эксперт судебно-наркологического отделения ИСЭ по СКО ЦСЭ МЮ РК
4. Сущность методики	Выработка критериев экспертной оценки психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя
4.1. Объекты исследования	Физические лица, материалы уголовного дела, медицинские документы
4.2. Методы исследования	Изучение материалов уголовного дела, клиническое исследование свидетельствуемого лица, изучение имеющейся медицинской документации, оценка результатов, выводы
4.3. Краткое поэтапное описание методики	<ol style="list-style-type: none"> 1. Порядок производства судебно-наркологической экспертизы 2. Изучение материалов дела 3. Производство амбулаторной судебно-наркологической экспертизы 4. Изучение медицинской документации 5. 1(первая) стадия алкоголизма, экспертные диагностические признаки 6. 2 (вторая) стадия алкоголизма, экспертные диагностические признаки 7. 3 (третья) стадия алкоголизма, экспертные диагностические признаки 8. Оценка результатов экспертной оценки психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя (выводы)
5. Дата одобрения методики Ученым Советом ЦСЭ МЮ РК	Протокол № 3 от 23.05.2024г.
6. Информация о составителях паспорта методики	Габбасов О.Ж. - эксперт судебно-наркологического отделения ИСЭ по СКО ЦСЭ МЮ РК

ОГЛАВЛЕНИЕ:

1	Введение	4
2	Основная часть	5
3	Порядок производства судебно-наркологической экспертизы	5
4	Изучение материалов дела:	5
5	Производство амбулаторной судебно-наркологической Экспертизы	6
6	Изучение медицинской документации	8
7	1 (первая) стадия алкоголизма (начальная, или неврастеническая), основные экспертные диагностические признаки	9
8	2 (вторая) стадия алкоголизма (развернутая, или наркотическая), основные экспертные диагностические признаки	11
9	Третья стадия алкоголизма (конечная или энцефалопатическая), основные экспертные диагностические признаки	15
10	Ремиссии и рецидивы алкоголизма	17
11	Оценка результатов экспертной оценки психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя (выводы)	18
12	Заключение	20
13	Список использованных источников	21

ВВЕДЕНИЕ

Методика экспертной оценки психических и поведенческих расстройств (далее ППР), вызванных употреблением алкоголя, разработана на основе Параграфа 67. Особенности производства судебно-наркологической экспертизы (28.1) «Правил организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы Приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 27 апреля 2017 года № 484» (1).

Актуальность внедрения методики экспертной оценки психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, объясняется превалированием судебно-наркологических экспертиз ППР, вызванными употреблением алкоголя, над экспертизами ППР, вызванными употреблением разных психоактивных веществ.

Целью производства судебно-наркологической экспертизы является объективная экспертная оценка психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, на основе специальных научных знаний в области клинической наркологии.

Задачей производства судебно-наркологической экспертизы является решение поставленных вопросов органами, назначившими экспертизу на основании комплексного объективного исследования материалов дела, физических лиц и медицинской документации, оценка результатов исследования.

Предмет производства судебно-наркологической экспертизы – экспертная оценка психических и поведенческих расстройств, на основании диагностических критериев употребления алкоголя с вредными последствиями (пагубное употребление) и критериев синдрома зависимости от алкоголя.

Методы исследования: изучение материалов уголовного дела, клиническое исследование свидетельствуемого лица, изучение имеющейся медицинской документации, оценка результатов, выводы.

Основная часть:

Зависимость от алкоголя – вызванное злоупотреблением спиртными напитками, хроническое психическое заболевание, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю, и как результат, разнообразными последствиями алкогольной интоксикации нарастающей тяжести.

Клинические синдромы заболевания: неврастеноподобный на первой стадии алкоголизма, абстинентный синдром на второй стадии алкоголизма, и деградация личности на третьей стадии алкоголизма, формируются по одной схеме: все они образованы патологическим влечением к алкоголю, с нарастанием тяжести последствий хронической алкогольной интоксикации, что отражает его прогрессивный характер (2). Различия в тяжести устойчивости последствий алкогольной интоксикации лежат в основе стадийности (стадий) алкоголизма. В основе диагностики алкоголизма используется принцип использования клинических синдромов в качестве диагностических критериев, лежащих в основе выводов экспертных заключений при производстве судебно-наркологических экспертиз.

К кардинальным клиническим синдромам алкоголизма принято относить: патологическое влечение к алкоголю, абстинентное состояние и алкогольную деградацию; возникая именно в такой последовательности, эти синдромы как сказано выше отражают прогрессивность заболевания, т.е. его поступательное утяжеление, или стадийность (2).

Порядок производства судебно-наркологической экспертизы.

Последовательность проведения судебно-наркологической экспертизы описана в Параграфе 67 (1) «Особенности производства судебно-наркологической экспертизы» (28.1). В настоящей методике указаны пояснения и дополнения, в частности, на что нужно обращать внимание при изучении материалов дела, при производстве экспертиз физических лиц, и изучении медицинской документации. Также в методике указаны ссылки на нормативно-правовые акты, отражающие правила динамического наблюдения за пациентами, состоящих на учете в наркологических кабинетах Центра психического здоровья соответствующего региона, и заболевания противопоказанные для принудительного лечения.

Изучение материалов дела:

Согласно пункту 440 «Правил организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы Приказ Министерства Юстиции Республики Казахстан от 27 апреля 2017 года № 484», при производстве судебно-наркологической экспертизы необходимо основываться на сведениях, содержащихся в материалах дела: справке-требование о предыдущих судимостях, предоставлении сведений с Центра психического здоровья, информации с интеграционной базы данных об уголовных и административных правонарушениях, характеристике участковых инспекторов, родственников. Данный перечень затребованных материалов не является

исчерпывающим; по ходатайству эксперт вправе запросить и иные материалы, необходимые для дачи заключения.

Информация с Центра адаптации и детоксикации Центра психического здоровья позволяет проследить частоту и динамику доставления на освидетельствование, что позволяет исключить ремиссию алкоголизма, если подэкспертный утверждает, что он не употребляет спиртное больше года или более. Практическую помощь также оказывают допросы родственников, свидетелей, соседей, знакомых, и других лиц, которые в своих показаниях объективно оценивают состояние подэкспертных, их пристрастие к алкоголю, запойные состояния либо указывают на пагубное употребление спиртного. Для этого рекомендуется совместно с органом, назначившим экспертизу, проведение и проработка более полного «алкогольного» анамнеза при допросе родственников, свидетелей, соседей, знакомых и других лиц.

Информация с интеграционной базы данных об уголовных и административных правонарушениях позволяет судить о поведении человека в обществе, отследить хронологию привлечения его к уголовной или административной ответственности, например, таких как за появление в общественных местах в состоянии опьянения или распитие алкогольных напитков в общественных местах, которые могут к дополнению к анамнезу свидетельствовать о систематическом употреблении алкоголя и утраты ситуационного контроля (например, может пить в любом месте, невзирая на этические нормы и правила).

Характеристика участковых инспекторов – отражает характеристику подэкспертного лица: характеризуется с положительной или отрицательной стороны, был ли замечен в употреблении алкогольных напитков, его склонность к употреблению спиртного, частые приводы в отдел полиции и противоправные нарушения.

Сведения с Центра психического здоровья: предоставление этой информации является обязательной, если подэкспертный состоит на учете в психиатрической или наркологической организации, и если не предоставлена медицинская карта амбулаторного пациента, то необходимо заявить ходатайство о предоставлении медицинской карты амбулаторного пациента и имеющиеся выписки с медицинской карты стационарного пациента.

Производство амбулаторной судебно-наркологической экспертизы

При проведении амбулаторной судебно-наркологической экспертизы используются методы:

Клинико-психопатологическое исследование (анамнез, клиническая беседа, описание психического состояния, физикальное исследование органов и систем, анализ имеющихся психических и поведенческих расстройств), в сочетании с анализом данных сомато-неврологического состояния и параклинического исследования (исследование предоставленных лабораторных и инструментальных данных).

Для лиц состоящих на учете в наркологической организации дополнительно к вышеуказанным методам изучаются также катамнез заболевания (совокупность сведений о состоянии больного и дальнейшем течении болезни после установления диагноза и выписки из стационара), а также изучение медицинской документации (медицинская карта амбулаторного пациента) и имеющиеся выписки с медицинской карты стационарного пациента.

Амбулаторная судебно-наркологическая экспертиза в отношении лиц, содержащихся под стражей, проводится на основании постановления о назначении судебно-наркологической экспертизы в местах нахождения указанных лиц (следственные изоляторы, изоляторы временного содержания), а также в кабинете судебного эксперта при наличии условий, необходимых для проведения исследований.

На основании Приказа Министра юстиции Республики Казахстан от 27 апреля 2017 года № 484, параграф 67., заключение эксперта (экспертов) должно быть основано (1): на данных, полученных в процессе клинического исследования; т.е в процессе опроса играет важную роль анамнез заболевания (если оно имеется), для этого необходимо владеть специальными научными знаниями в области клинической наркологии.

В процессе клинического опроса выявляем в определенной последовательности экспертные диагностические признаки стадий алкоголизма (указанные в настоящей Методике), либо при их отсутствии выявляем признаки пагубного употребления алкоголя с вредными последствиями или пишем выводы: наркологически здоров (не страдает алкоголизмом) для лиц, не употребляющих алкоголь. В ходе производства судебно-наркологической экспертизы, необходимо изучить анамнез жизни, анамнез заболевания.

Анамнестические сведения:

Анамнез жизни: указываем сведения о раннем развитии, заболевания в детском возрасте, рос и развивался соответственно возрасту или нет, сведения о наследственной отягощенности психическими, наркологическими расстройствами близких родственников, родителей, сведения о полученном образовании (общее среднее, средне-специальное, или высшее), сведения о трудовой деятельности (трудовой анамнез), сведения о воинской службе (если не служил какая причина), перенесенные операции, травмы, соматические заболевания, инвалидность с указанием группы, сведения о привлечении к административной и уголовной ответственности и данные о семейном положении.

Анамнез заболевания:

В данной рубрике заключения подробно описываем объективный статус (общий осмотр), соматический статус, неврологический статус, и психический статус.

Изучаем анамнез заболевания, который должен содержать данные о хронологическом формировании большого наркологического синдрома, синдром измененной реактивности (изменения формы потребления, толерантности,

исчезновения защитных реакций при передозировке и изменение формы опьянения), синдром психической зависимости и синдром физической зависимости.

В клинической беседе ведем опрос о первом употреблении спиртных напитков, начале заболевания. Планомерно ведем беседу о формировании синдрома измененной реактивности, исчезновения защитных реакций при передозировке спиртных напитков (рвотный рефлекс – сохранен, подавлен, или утрачен), изменение формы опьянения, имеются ли признаки синдрома психической зависимости и синдрома физической зависимости. Также уточняем длительность алкогольных эксцессов (алкогольного абзуса), его светлые промежутки, суточную дозировку алкоголя, когда впервые наступил рост толерантности, т.е. увеличение дозы поглощаемого спиртного. Отмечаем признаки абстиненции, когда впервые почувствовал симптомы абстиненции, проводим дифференциальную диагностику с постинтоксикационным состоянием. Отмечаем имеются ли состояния похмелья: утреннее, вечернее, обязательное, необязательное. Выясняем амнезии опьянения, наличие судорожных приступов, галлюцинаций.

Изучение медицинской документации:

При изучении медицинских карт стационарных или амбулаторных пациентов (если взяты на «Д» учет), обращаем внимание на количество госпитализаций, кратность явки пациентов на амбулаторный прием, длительность ремиссии после лечения. Также изучаем хронологию динамического наблюдения пациентов «учетных подэкспертных лиц», уклонение от явки, невыполнение рекомендаций врача и т.д.

Данные динамического наблюдения основаны на Приказе Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-203/2020 «О некоторых вопросах оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья» Правила динамического наблюдения, а также прекращения динамического наблюдения за лицами с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями) согласно приложению 2 к настоящему приказу <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200026685> (7).

В случае вынесения заключения (в отношении лиц, которым может быть применено решение о принудительном лечении по месту дальнейшего отбывания наказания) в ходе опроса выясняем у подэкспертного, имеются ли какие-нибудь заболевания, которые могут быть противопоказаны для принудительного лечения, в случае устной информации от подэкспертного о наличии у него заболеваний, запрашиваем у органа ведущего уголовный процесс (оригиналы медицинских документов), содержащие достоверно установленные диагнозы. Если имеются заболевания, смотрим перечень медицинских противопоказаний, имеющих у лиц с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями), связанными с употреблением психоактивных веществ, в отношении которых не применяется направление в организацию, оказывающую медицинскую помощь в области психического здоровья согласно

приложению 1 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-203/2020 (7). В случае заболевания противопоказанного для принудительного лечения в выводах указываем, что на основании данного приказа лечение противопоказано.

Стадии алкоголизма:

В данной методике подробно раскрыты понятия о формировании большого наркологического синдрома, его основных патогномичных признаках, а также приведены экспертные диагностические признаки той или иной стадии алкоголизма, позволяющие объективно и правильно решить поставленные вопросы (5).

1 (первая) стадия алкоголизма (начальная или неврастеническая)

Первая стадия алкоголизма - характеризуется, прежде всего, патологическим влечением к алкоголю, с резкого усиления влечения к алкоголю, когда потребление спиртного не служит никаким целям, кроме одной – достигнуть состояния опьянения. В этой стадии алкоголизма ввиду резкого влечения к алкоголю становится невозможным контролировать количество потребляемых спиртных напитков. Это важнейший клинический признак алкоголизма – утрата количественного контроля. В этой стадии ситуация, исключая потребление алкоголя (подвергнуться уголовному преследованию, реальная угроза лишиться работы, потерять семью) может оборвать пьянство, т.е. ситуационный контроль в отличие от количественного не утрачен. Алкогольное опьянение становится самоцелью вопреки многим его отрицательным последствиям, среди которых – нарушение семейных, дружеских, трудовых и других социальных связей, конфликты с законом, ухудшение физического и психического здоровья. В трезвом состоянии влечение к опьянению не очень сильное, иногда его называют обсессивным. Одновременно с ростом влечения к алкоголю растет толерантность к алкоголю, наблюдается значительный, в 2–3 раза по сравнению с изначальным, рост толерантности к алкоголю, который связан как с усилением метаболизма этанола, так и с уменьшением чувствительности к нему нервной ткани. Возрастают и разовые дозировки, и суточные дозировки алкоголя. Употребление алкоголя в больших дозировках уже не приводит к наступлению рвоты – наступает изменение реактивности организма, исчезновение защитных реакций.

Таким образом, при опросе подэкспертного лица, необходимо планомерно выявить в определенной последовательности наиболее важные и ценные диагностические признаки указанные ниже.

Экспертные диагностические признаки

1 стадии алкоголизма:

1. Формирование психической зависимости от алкоголя в виде обсессивного (навязчивого) влечения;

2. Отсутствие физического влечения к алкоголю;
3. Изменение реактивности к алкоголю, выражается в растущей толерантности;
4. Потеря количественного контроля при употреблении спиртных напитков;
5. Появление неглубоких алкогольных амнезий, когда из памяти выпадают только отдельные фрагменты воспоминаний о периоде опьянения;
6. Формирование неврастенического синдрома с начальными проявлениями расстройств психической сферы;
7. Со стороны соматической сферы – расстройства аппетита, скоротечные расстройства системы пищеварения, неприятные ощущения и боль в отдельных органах;
8. Со стороны ЦНС – бессонница, вегетативные периферические расстройства нервной системы в виде локальных невритов.

Формирование психической зависимости от алкоголя - как правило в начале злоупотребления спиртными напитками человек делает это в таких условиях, принятых для данной социальной среды. На этой стадии социальные и моральные нормы грубо не нарушаются, но постепенно начинает формироваться психическое влечение к алкоголю (обсессивное влечение). Это означает навязчивое желание достичь состояние опьянения. Весьма часто, в связи с предстоящим застольем, наступает общее оживление, повышается активность. Постепенно потребность в опьянении становится смыслообразующим мотивом поведения. Некоторое время происходит внутренняя борьба, у человека еще возникают сомнения употреблять спиртное или отказаться от выпивки, т.е. делаются попытки противостоять такому влечению, но постепенно они теряют свою эффективность.

Потеря количественного контроля при употреблении спиртных напитков - основным ценным и надежным диагностическим критерием этой стадии алкоголизма как было сказано выше, является *симптом утраты количественного контроля*. Поведенчески это проявляется «опережением круга на застолье, спешат поскорее выпить», а также «поспешностью с очередным тостом или питьем алкоголя до дна». Утрата количественного контроля выражается характерной фразой «первую рюмку беру я сам, вторая хватает меня». Это означает, что человек начав пить, не волен вовремя остановиться и неминуемо напивается допьяна. Именно формирование стабильного симптома утраты количественного контроля, следует считать началом 1 стадии алкоголизма.

Появление неглубоких алкогольных амнезий – изменение картины опьянения проявляется появлением частных парциальных форм амнезии- так называемых алкогольных палимпсестов, т.е. отрывочных и размытых воспоминаний о событиях периода алкоголизации. Это явление объясняется тем, что на первой стадии алкоголизма повреждается кратковременная память, в то время как непосредственное запоминание не страдает. С прогрессированием заболевания амнестические периоды становятся все более длительными и частыми.

Отсутствие физического влечения к алкоголю – физического влечения к алкоголю на этой стадии заболевания еще нет, но употребление алкоголя уже носит более или менее систематический характер. Доза выпивки увеличивается в 3-5 раз за счет повышения толерантности и достигает 0,3-0,5 л водки или эквивалентного количества других спиртных напитков. Пьянство при 1 стадии алкоголизма преимущественно принимает форму однодневных эксцессов с перерывами в 1-2 дня. Это объясняется тем, что после однодневного пьянства наступают тяжелые постинтоксикационные явления с ощущением отвращения к алкоголю. В этот день больной воздерживается от употребления спиртного. Иногда случаются и длительные периоды ежедневной пьянки, но без опохмеления.

Формирование неврастенического синдрома с начальными проявлениями расстройств психической сферы – неврастенический синдром выражается в вегетативно-сосудистых признаках, неврастенической и астенической симптоматике: появляются немотивированные колебания настроения; склонность к депрессивным и дисфорическим состояниям; постоянная неудовлетворенность и беспокойство; внутренняя напряженность; беспричинные придирки к окружающим, прежде всего к членам семьи, сотрудников, особенно подчиненных. Больные на I стадии алкоголизма жалуются на периодически возникающие неприятные ощущения в различных частях тела, боли, нарушение пищеварения, неврологические расстройства (усиление сухожильных и периостальных рефлексов, усиление потовыделения, локальные невриты).

2 (вторая) стадия алкоголизма (развернутая или наркотическая)

Вторая стадия алкоголизма характеризуется максимальным ростом толерантности к алкоголю, а также, наряду с навязчивым влечением к спиртному, характеризуется появлением четко выраженного абстинентного синдрома, обусловленного прекращением употребления алкоголя. Возникает непреодолимое желание достижения состояния алкогольной интоксикации, организм становится всеобщим зависимым от алкоголя. Попытки больного избавиться крайне неприятных ощущений похмелья путем принятия новых доз спиртного превращается в неудержимое стремление к нему. По мере развития заболевания утрачивается и ситуационный контроль. На этой стадии алкоголизма регулярное обязательное опохмеление все чаще ведет к последующему неконтролируемому поглощению алкоголя и дальнейшему ежедневному пьянству – формируется запойный либо постоянный тип злоупотребления алкоголем. Изменения защитных реакций организма приводят к максимальной толерантности к алкоголю. Толерантность к алкоголю вырастает до максимума и достигает 5-6 кратных величин по отношению к исходной. Становятся отчетливыми признаки морально-этического снижения и огрубления, которые прежде наблюдались главным образом во время опьянения. Формируются психопатоподобные состояния либо заостряются преморбидные личностные особенности. На этом этапе больной пытается контролировать потребление спиртного, может давать себе и окружающим обещание не пить

(или ограничить употребление) в течении определенного периода, использует это как попытку реабилитации за свои поступки. Однако растущая зависимость от алкоголя непременно приводит к очередным срывам и нарушениям своих обещаний с еще большим потреблением чем планировалось. От начальной до средней стадии алкоголизма нет четкой временной границы. Однако, когда употребление спиртного становится регулярным явлением (с различной периодичностью) с присутствием амнезии опьянения – это первый признак прогрессирования алкоголизма. Становятся заметными изменения в характере больного. Появляются физиологические последствия алкоголизма в виде поражений различных органов. Возникает риск развития алкогольного психоза.

Экспертные диагностические признаки

2 стадии алкоголизма:

1. Сохраняется психическая зависимость обсессивного характера с потерей количества контроля после приема «критической» дозы спиртного;
2. Появляется физическая зависимость в виде компульсивного влечения к алкоголю с выраженным абстинентным синдромом, ведет к «опохмелениям» и систематическому пьянству;
3. Достижение максимальной толерантности к алкоголю;
4. Изменение картины опьянения, учащение алкогольных амнезий (палимсестов);
5. Псевдозапойный характер алкогольных эксцессов;
6. Постепенное формирование психопатоподобного синдрома, обострение или возникновение новых форм психопатического поведения: астенического, истерического, эксплозивного и апатичного;
7. Со стороны соматики – различные нарушения внутренних органов (гастрит, гепатит) и систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой и др);
8. Со стороны нервной системы – расстройства вегетативных функций, полиневриты, мозжечковый и другие мозговые синдромы;
9. Возможно развитие алкогольных психозов.

Формирование физической зависимости от алкоголя – главным диагностическим критерием 2 стадии алкоголизма является формирование физического влечения к алкоголю с выразительным абстинентным синдромом и, как следствие, потребностью в «опохмелении». Все другие симптомы, которые сформировались в 1 стадии, усиливаются и видоизменяются.

Внимание! На 2 стадии алкоголизма формируется алкогольный абстинентный синдром, появление которого позволяет диагностировать 2 стадию алкоголизма – **важнейший диагностический признак (3)**.

Алкогольный абстинентный синдром:

Алкогольный абстинентный синдром- комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением более

или менее длительного и массивного пьянства. Суть абстинентного синдрома заключается в том, что у человека, который болеет алкоголизмом, возникает в результате интоксикации постоянная необходимость пополнять организм определёнными порциями спиртных напитков. В противном случае наступает так называемое состояние «голода». Он обычно проявляется вегетативными расстройствами и переносится довольно тяжело. На другом полюсе клинической картины алкогольного абстинентного синдрома находятся нарушения составляющие коренное отличие алкогольного абстинентного синдрома от постинтоксикационного состояния (2). Это целый ряд признаков вторичного патологического влечения к алкоголю, которое бывает только у больных алкоголизмом. Ниже приведена таблица, дифференциальной диагностики алкогольного абстинентного синдрома и постинтоксикационного состояния (6).

Дифференциальная диагностика алкогольного абстинентного синдрома и постинтоксикационного состояния (алкогольного отравления, возникающего после употребления токсических доз алкоголя у лиц, не страдающих алкогольной зависимостью)

Признак	Алкогольный абстинентный синдром (ААС)	Алкогольное постинтоксикационное состояние
Влечение к алкоголю	Сопровождается выраженным влечением к алкоголю	Отсутствие влечения к алкоголю, чаще отвращение к спиртному
Доза алкоголя	Возникает независимо от дозы алкоголя вслед за резким прекращением его приема	Возникает после употребления индивидуально высоких доз алкоголя
Клинические проявления	Комплекс психопатологических, соматических и неврологических расстройств, характерных для ААС	Преобладание астении и проявлений токсикоза (рвота, сонливость, оглушение)
Влияние алкоголя на клинические проявления	Устраняет клинические проявления ААС	Не снимает, а наоборот, усиливает токсические явления

Общесоматические жалобы при абстинентном синдроме – по мере формирования 2 стадии алкоголизма к общесоматическим жалобам при абстинентном синдроме добавляется массивная вегетативная и статокинетическая симптоматика, за что некоторые исследователи называют его «малым алкогольным психозом». При это больные жалуются на: боли в сердце, сердцебиение, аритмии, отеки на лице, инъекции склер, дрожание конечностей и языка (в дальнейшем -генерализованный тремор), чрезмерную потливость, появление холодного пота или лихорадки, гипертермия, частое мочеиспускание. Возможны неприятные ощущения в голове и теле, возможно появление

экстрасистол, аритмии пульса, тошноты, рвота, поноса. Аппетит как правило отсутствует, возникает отвращение к еде.

Неврологическая симптоматика при абстинентном синдроме – возникает нарушение координации движений – адиадохокенез, неустойчивость в позе Ромберга, атаксия, промахивание при пальценосовой пробе, дрожание пальцев рук, век, языка, плохая координация движений, понижение тонуса мышц, нистагмические подергивания глазных яблок при отведении их кнаружи.

Наиболее тяжелый абстинентный синдром развивается после длительных запоев, и может сопровождаться единичными или серийными развернутыми судорожными припадками с прикусом языка и упусканьем мочи.

Психоневрологические проявления при абстинентном синдроме в зависимости от преморбидных особенностей могут быть следующими: повышенная нервная истощаемость, раздражительность, апатия, тревожно-паранойальные проявления, подавленность, угрызения совести, чувство безысходности, иногда суицидальные тенденции, гиперестезии, расстройства сна (кошмарные сновидения, иллюзорные расстройства, гипнагогические галлюцинации) до полной бессонницы, судорожные припадки.

Компульсивное влечение к алкоголю – влечение к алкоголю на 2 стадии приобретает безудержный (компульсивный) характер. Полностью отсутствует попытка сопротивления. По сути, потребность в алкоголе становится патологической чертой личности с одновременным уходом на второй план и снижением других неосновных потребностей личности. Главной целью деятельности становится создание реальной возможности выпить: поиск средств на приобретение спиртного, организация по поводу и ситуации для застолья.

Изменение личности – наряду с этим акцентируются преморбидные черты личности и появляются новые патологические черты характера (алкогольная психопатизация личности). Это лживость, направленная на оправдание своей социальной деградации, бесцеремонность, хвастовство, переоценка собственных возможностей, попытка браться за дела, которые являются заведомо невыполнимыми, склонность к грубому юмору. Назойливость и изобретательностью в добывании денег для выпивки сочетается с полным отсутствием волевого сопротивления предложениям относительно очередной выпивки со стороны окружающих. Больные убеждены в невозможности и нецелесообразности отказа от пьянства, проявляет упорную оппозиционность и враждебность попыткам навязать ему трезвый образ жизни.

Психопатоподобные расстройства - происходит уменьшение периода эйфории от приема спиртного, появляются элементы психопатоподобных расстройств в форме эксплозивности (раздражительность, гнев, иногда аффективная вязкость) или истероидности (театральность, демонстративная самоуничтожение или самовосхваления), которые иногда сменяют друг друга в течение небольших отрезков времени. В таком состоянии иногда совершаются демонстративные суицидальные попытки, которые могут закончиться трагически, если больной «переигрывает».

Изменение картины опьянения, учащение алкогольных амнезий (палимпсестив) -алкогольные палимпсесты на 2 стадии меняются амнестическими формами опьянения. Такие больные способны вспомнить лишь короткий период после выпивки, а следующие несколько часов амнезируются, даже если в этот период поведение пациента было относительно адекватно, он самостоятельно добрался домой и т.д.

Максимальный уровень толерантности – толерантность во время 2 стадии алкоголизма достигает максимума, который, как правило, в 5-6 раз превышает стартовые (начальные) показатели, и в 2-3 раза показатели 1 стадии. В сутки потребляется 0,5-2л водки. В отличие от 1 стадии, когда вся суточная количество алкоголя выпивается в 1-3 приема (как правило, вечером), на 2 стадии выпивка распределяется в течении суток: утреннее опохмеление сравнительной небольшой дозой (0,1-0,15л водки), что не вызывает заметной эйфории, несколько больше доза в половине дня (второе опохмеление) и основное количество спиртного в вечерние часы, что приводит к тяжелому опьянению. Такая картина пьянства создается тем, что на 2 стадии алкоголизма, в связи с ростом толерантности растет и «критическая доза» употребления, которая вызывает потерю количественного контроля. Поэтому употребляя небольшие дозы спиртного для опохмеления больные остаются в течении дня относительно трезвыми, и напиваются только к вечеру.

Полная утрата количественного контроля – полностью безуспешными являются попытки ситуационного контроля. Когда ситуация не предполагает пьянства, больной рассчитывает, что выпьет немного, достигнет легкой эйфории и остановится. Но поскольку доза меньше «критической» эйфоризирующего эффекта не дает, то это всегда заканчивается безудержной пьянкой, которую не могут остановить никакие этические или социальные преграды.

Третья стадия алкоголизма (конечная или энцефалопатическая)

Конечная (третья) стадия характеризуется, в первую очередь, психическим дефектом, в картине которого на первом плане – отсутствие тонких эмоций и усиление примитивных, исчезновение душевных привязанностей и интересов преобладание и распушенность низменных влечений, эйфория, не критичность, бездеятельность, ослабление интеллектуально-мнестических функций и другие признаки алкогольной деградации. Им сопутствует разнообразная соматическая и неврологическая патология: полиневропатия, мозжечковые расстройства, болезни печени, поджелудочной железы, пищеварения и др., что создает картину общего одряхления и упадка. Наблюдается психоорганическая симптоматика: интеллектуальная беспомощность, элементы амнестической дезориентировки, ослабление тазового контроля с непроизвольным мочеиспусканием, возможны эпилептические припадки. Толерантность к алкоголю, в отличие от первых двух стадий, значительно снижается; при сочетании тягостных и разнообразных абстинентных расстройств, постоянной потребности в опохмелении и низкой толерантности больной непрерывно пребывает в состоянии алкогольного опьянения. Симптоматика алкогольного, полностью лишенная эйфорической

окраски, подчас напоминает психотические расстройства: больные бессвязно бормочут, к кому-то обращаются, грозят, жестикулируют. Исходная стадия алкоголизма также характеризуется более интенсивным, невыносимым влечением к спиртным напиткам. Абстинентный синдром появляется с психопатологическим компонентом. Развивается алкогольное слабоумие. Отмечаются тяжелые поражение внутренних органов, присутствует недоедание, усталость и эмоциональная нестабильность. Возможны алкогольные психозы.

Экспертные диагностические признаки

3 стадии алкоголизма:

1. Психическое влечение к алкоголю обусловлено потребностью в психическом комфорте, носит неудержимый компульсивный характер;
2. Выраженное физическое влечение, особенно в состоянии абстинентного синдрома;
3. Значительно снижается толерантность к спиртным напиткам;
4. Псевдозапойменяются истинными;
5. Полностью теряется ситуационный контроль, пьянство носит систематический характер;
6. В структуре абстинентного синдрома появляется психопатологический компонент (отрывочные идеи, галлюцинации и др.)
7. Дальнейшая деградация личности с заметными изменениями интеллектуально-мнестических функций (алкогольное слабоумие) и нивелирование индивидуальных черт личности;
8. Периодические обострения алкогольных психозов;
9. Со стороны соматической системы – тяжелые необратимые поражения отдельных органов и систем (цирроз печени, сердечно-сосудистая недостаточность, энцефалопатия Гайе-Вернике и др.);
10. Обострение неврологической симптоматики, полиневриты.

Углубление физической зависимости. Непреодолимая жажда к алкоголю – синдром психического влечения к алкоголю на этой стадии изменяется за счет углубления физической зависимости и приобретает характер «непреодолимой жажды». Для выпивки больной влезает в многочисленные долги, продает вещи, просит милостыню. Прием любой дозы спиртного провоцирует острую необходимость углубления опьянения, и такая цель достигается также путем противоправных действий. Потеря ситуационного контроля проявляется готовностью к выпивке с незнакомыми людьми или в одиночестве, часто в случайных местах.

Значительное снижение толерантности к алкоголю – за счет снижения толерантности разовая доза спиртного для достижения опьянения резко уменьшается, хотя суточная доза может оставаться высокой. Но потом и она также уменьшается, больной может перейти на употребление спиртных напитков с более низким содержанием алкоголя, например, вин низкого качества, суррогатов. Падение толерантности объясняется снижением активности алкогольдегидрогеназы и других ферментных систем, а также уменьшением

устойчивости к алкоголю центральной нервной системы вследствие гибели большого количества нейронов (токсическая энцефалопатия).

Неустойчивые дисфорические расстройства на фоне опьянения – больной преимущественно употребляет спиртные напитки, чтобы избавиться от ощущения общей слабости, недомогания, вины. В картине опьянения начинает преобладать дисфоричность с придирчивостью, раздражительностью, напряженностью до разрушительного агрессии. Агрессивные действия направляются преимущественно на близких людей, больные непоседливые, агрессивно активны.

Ремиссии алкоголизма

Ремиссией алкоголизма называется воздержание от употребления спиртных напитков, их суррогатов в течение срока, не меньшего чем 3 месяца (3).

Полная ремиссия – воздержание от употребления алкоголя с исчезновением влечения к опьянению, нормализацией настроения, сна, аппетита, отсутствие проявления отставленного абстинентного синдрома.

Неполная ремиссия – воздержание от употребления алкоголя при сохраняющемся влечении к алкоголю, колебаниях настроения, нарушениях сна и аппетита.

Интермиссия – это полная ремиссия, длящаяся не менее года, сопровождающаяся полным восстановлением социального и семейного статуса. Спонтанная ремиссия – ремиссия наступившая без специального терапевтического вмешательства.

Терапевтическая ремиссия – это ремиссия наступившая после проведения специального терапевтического вмешательства.

В любой стадии алкоголизма известны следующие причины ремиссии: ухудшение физического состояния, исчезновение влечения к опьянению (3 стадия), исчезновение эйфоризирующего действия алкоголя, наличие других психических заболеваний (шизофрения, эндогенные расстройства).

Рецидивы алкоголизма

Рецидивом алкоголизма называется возобновление злоупотребления алкоголем после ремиссии в той же форме, которая наблюдалась до прекращения пьянства (3).

Прорецидив алкоголизма – контролируемое потребление алкоголя после длительного периода воздержания. Рецидив может начаться после употребления первой небольшой дозы алкоголя, которая немедленно ведет к появлению сильного влечения к опьянению. Возможно и медленное наращивание дозировок спиртных напитков с постепенным увеличением дозировок спиртного.

Оценка результатов экспертной оценки психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя (выводы)

По результатам проведенной судебно-наркологической экспертизы производится оценка результатов проведенных исследований в синтезирующей части заключения с обоснованием выводов судебного эксперта (экспертов). Так, при вынесении заключения, по результатам проведенной судебно-наркологической экспертизы, для лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванных употреблением алкоголя, выносятся следующие заключения (4):

1. Наркологически здоров (не страдает алкоголизмом).
2. Не страдает наркологическим расстройством, обнаруживает признаки психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, пагубное употребление с вредными последствиями **(по МКБ-10- F 10.1)**.
3. Страдает хроническим наркологическим расстройством, в форме психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, синдром зависимости **(по МКБ- 10 - F 10.2)**.

Методические разъяснения по вынесению заключений и обоснованию выводов:

Для вынесения заключения «здоров» никаких рекомендаций и методических разъяснений не требуется: в случае отсутствия в анамнезе употребления спиртных напитков и отсутствия в материалах дела данных, свидетельствующих об употреблении спиртных напитков, выносится заключение – наркологически здоров (не страдает алкоголизмом).

В случае вынесения заключения **(по МКБ-10- F 10.1 и F 10.2)**, рекомендую пользоваться клиническим протоколом Министерства здравоохранения и социального развития «Диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств вызванных употреблением алкоголя Протокол №7» где прописаны диагностические критерии для объективного решения поставленных вопросов (4).

Примечание: при решении вопроса о принудительном лечении, для лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, пагубное употребление с вредными последствиями, принудительное лечение не рекомендуется. Для лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, синдром зависимости, рекомендуем принудительное лечение.

Диагностические критерии употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1)

1. Дезадаптивный характер употребления алкоголя, приводящий к клинически значимым нарушениям или дистрессу, проявляющимся одним или

более из нижеприведенных признаков, которые отмечаются в любое время в течение 12-месячного периода:

- повторяющееся употребление алкоголя, приводящее к неспособности выполнить важные ролевые обязательства на работе, по месту учебы или дома;
- повторяющееся употребление алкоголя в ситуациях, когда это опасно для здоровья;
- повторяющиеся проблемы с законом, связанные с алкоголем;
- продолжение употребления алкоголя вопреки наличию постоянных или периодически возникающих социальных и межличностных проблем, обусловленных или спровоцированных эффектами алкоголя.

Диагностические критерии синдрома зависимости от алкоголя (F10.2)

В случае вынесения заключения «страдает хроническим наркологическим расстройством в форме психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, синдром зависимости (по МКБ- 10 - F 10.2)», также прописаны диагностические критерии для объективного решения поставленных вопросов.

Внимание! (для постановки диагноза синдрома зависимости требуется наличие не менее 3 из нижеперечисленных признаков) (по МКБ-10):

- сильная потребность или необходимость принять алкоголь;
- нарушение способности контролировать прием алкоголя;
- физиологическое состояние отмены алкоголя;
- признаки роста толерантности;
- прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления алкоголя;
- продолжение употребления алкоголя несмотря на очевидные вредные последствия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя – это заболевание, которое характеризуется возникновением непреодолимого патологического влечения к спиртным напиткам, изменением толерантности организма, проявлениями алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности. В основу экспертных выводов при производстве судебно-наркологической экспертизы должны быть положены объективные данные, установленные в процессе производства экспертизы. В настоящей методике раскрыты и отражены наиболее ценные диагностические признаки, позволяющие вынести объективное заключение для лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 27 апреля 2017 года № 484 // Об утверждении Правил организации и производства судебных экспертиз и исследований в органах судебной экспертизы - Параграф 67. Организация и производство судебно-наркологической экспертизы.
2. Иванец Н.Н, Анохина М.А, Винникова М // Национальное руководство, клиническая наркология часть -1 - 2008 - Глава 6, стр 199-218.
3. Гофман А.Г // Клиническая наркология часть - 2003 - стр 23-165.
4. Клинический протокол МЗ РК [Электронный ресурс] //Режим доступа: Психические
5. Общая характеристика основных стадий и симптомов развития алкоголизма, первая, вторая и третья стадия алкогольной зависимости [Электронный ресурс] //Режим доступа: <https://narko-info.com/spravochnik/razvitie-alkolnoj-zavisimosti/stadii-i-simptomyi-alkogolizma.html>
6. Д.И Малин, В.М. Медведев Клиническая наркология в схемах и рисунках 2013 - глава 1 Клиника алкоголизма стр 22 Таблица 13.
7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-203/2020.