

Alkoholisma recidīvu profilakse

Sabiedrībā un mediķu aprindās valda uzskats, ka alkoholisma ārstēšana nav rezultatīva, jo nepanesības un izmainītās reaktivitātes reakcija uz alkoholu cilvēkam saglabājas uz visu mūžu. Tam es piekrītu tikai daļēji. Alkohola atkarīgais nekad nedzērs mēreni, tas viņam tiešām liegts. Viņi var nedzert vispār vai nodzerties līdz plānprātībai. Alkohola atkarīgo var salīdzināt ar alerģisku slimnieku, **viņš būs vesels, kamēr viņš neiedzers pirmo alkoholisko dzērienu glāzīti.**

Te ir arī brīnums. Alkohola atkarīgais var pieņemt lēmumu pēc nopietniem ģimenes, veselības vai darba sarežģījumiem – pilnīgi pārtraukt alkohola lietošanu un kļūt pilnīgi vesels – “**nav alkohola – nav slimības**”. Šo faktu izmanto ekstrasensi “torpedētāji”, ampulu šuvēji, brīnumlīdzekļu piedāvātāji, kodētāji, jo ja slimnieks viņiem pakļaujas, notic un neaiztiek pirmo glāzīti – atkarība neiestājas un alkoholisms ir it kā izārstēts. Es negribu noliegt šo dažādo metožu pielietotāju panākumus, bet grūtāk ir tad, kad slimnieks – alkohola atkarīgais ir pietiekami kritisks un erudīts un šim manipulētājam neuzticas. Viņu turpina vajāt pozitīvās atmiņas par bijušo dzeršanas laiku un pat uzliesmo patoloģiskā tieksme un pseidoabstinence – “sausās paģiras”, kad ik pēc zināmiem brīžiem – cikliskiem periodiem pēkšņi sākas nemiers, trauksme, neapmierinātība, jūtība, kašķīgums un vēlme kaut kur aiziet, izteikt neapmierinātību saviem tuviniekiem, bet galvenā doma ir vienīgā “**ja es iedzeršu man paliks vieglāk**”. Ļoti bieži paši pacienti izraisa konfliktus un rod sev motīvu piedzerties. Tas ir sākums kārtējam recidīvam vai tautā sauktajam “plostam”.

Pašreizējā krīzes situācijā vēlēšanās dzert izjūt ne tikai alkohola atkarīgie, bet arī veselie, kuri izmanto alkoholu kā trankvilizatoru. Diemžēl mūsu tauta – kā ziemeļu tauta ir daudz jūtīgāka pret alkoholu nekā dienvidu tautas. Tas rada lielu risku,

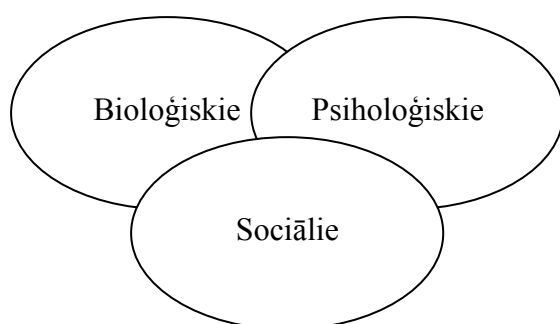
ka krīzes apstākļos pieaug atkarīgo skaits un ar to saistītās sekas – pašnāvības, transporta negadījumi, saindēšanās, apdegumi, traumas, noslīkšanas un citi negadījumi.

Pašreizējā situācijā ir ļoti svarīgi, lai katrs atkarīgais nonāktu kvalificēta speciālista aprūpē, kas tam spētu noņemt abstinences traucējumus, patoloģisko tieksmi, izmeklēt un ārstēt dzeršanas sekas, kā arī neiroloģiskos un psihiskos traucējumus.

Svarīgi, lai katram atkarīgajam būtu savs ārsts, kuram viņš uzticas, kas labi pazīst slimo un zina kā tam palīdzēt.

Šajā rakstā es gribētu sniegt kolēģiem dziļākas zināšanas par tiem patoģenētiskiem procesiem, kas skar mūsu pacientus, lai mēs varētu sniegt tiem adekvātāku terapiju:

Alkoholismu izraisa gan sociālie, gan psiholoģiskie, gan bioloģiskie faktori. **Vienota mijiedarbība ir sevišķi bīstama.** To raksturo sekojoša shēma, kurā redzams kādi iemesli veicina atkarību.



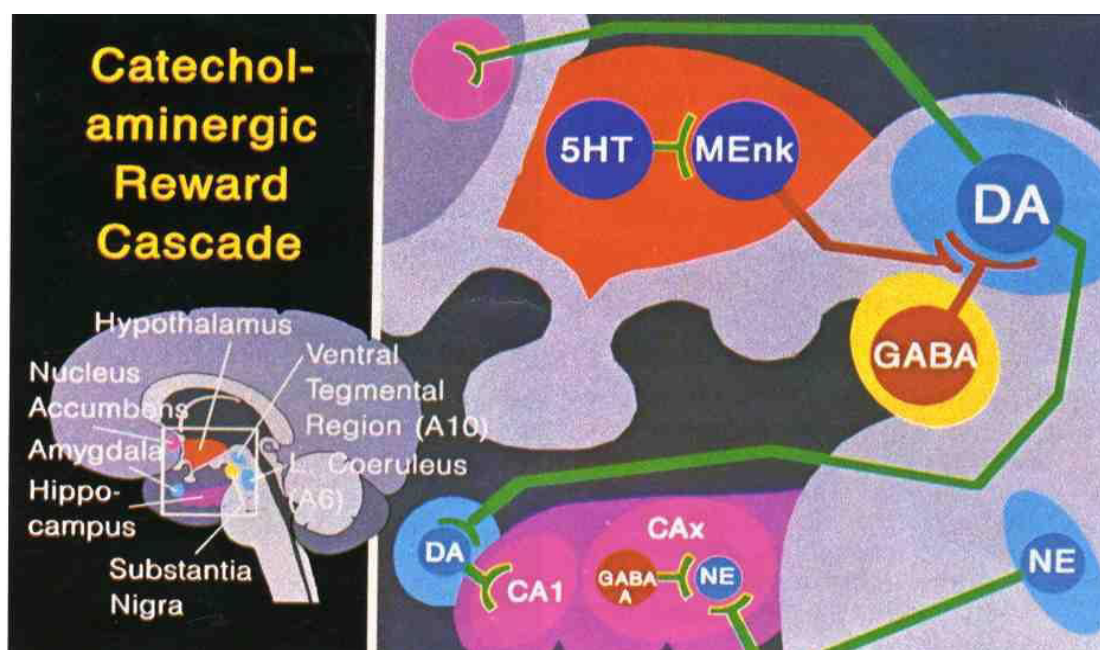
Ja kādam pacientam krustojas visi šie iemesli, atkarība veidojas īpaši strauji.

Atkarības veidošanos īpaši iespaido ģenētiskie faktori, ne mazāka nozīme ir bioloģiskiem, psiholoģiskiem, kā arī sociāliem faktoriem. Visi šie faktori izraisa arī recidīvu iestāšanos. Visnopietnākie ir bioloģiskie faktori, kuri ir katrā narkotiskā vielā. Ir vielas, kas strauji izraisa atkarību, kā nikotīns, metamfetamīns, kokaīns un heroīns. Ir vielas, kas atkarību izraisa pamazām, kā alkohols un marihuāna, tāpēc to ļaunums tiek vērtēts zemāks. Ir cilvēki, kuriem jau no dzimšanas nav mēra sajūtas, un tie piedzeras katrā dzeršanas reizē.

Diemžēl ne viena Latvijas ģimene nav droša, ka kādā tās atzarā nav alkohola atkarīgais. Tāpēc mums visiem jābūt daudz uzmanīgākiem, kā citu valstu iedzīvotājiem.

Mūsu pretestību alkohola atkarībai nodrošina mūsu smadzeņu Kateholamīnu atalgojumu sistēma, bet tās noturīgumu iespaido daudzi faktori.

Kateholamīnu atalgojuma sistēmas nozīmi atkarības attīstībā ir labi izpētījuši amerikāņu pētnieki Kenets Blūms un Maikls Trahtenbergs, kā arī vācu pētnieks J. Bēnings (skatīt shēmu Nr.1.).



DA – Dopamīns

5HT-MEnk – Seratonīns

GABA – Gammaamīnosviestskābe

DA-CA1-GABA-A-CAX-NE – Endorfīnu sistēma

shēma Nr.1.

Izrādās, ka gandrīz visas narkotiskās vielas, tai skaitā alkohols ir spējīgs izmainīt Kateholamīnu atalgojuma sistēmas darbību.

Atkarības vielas var iespaidot:

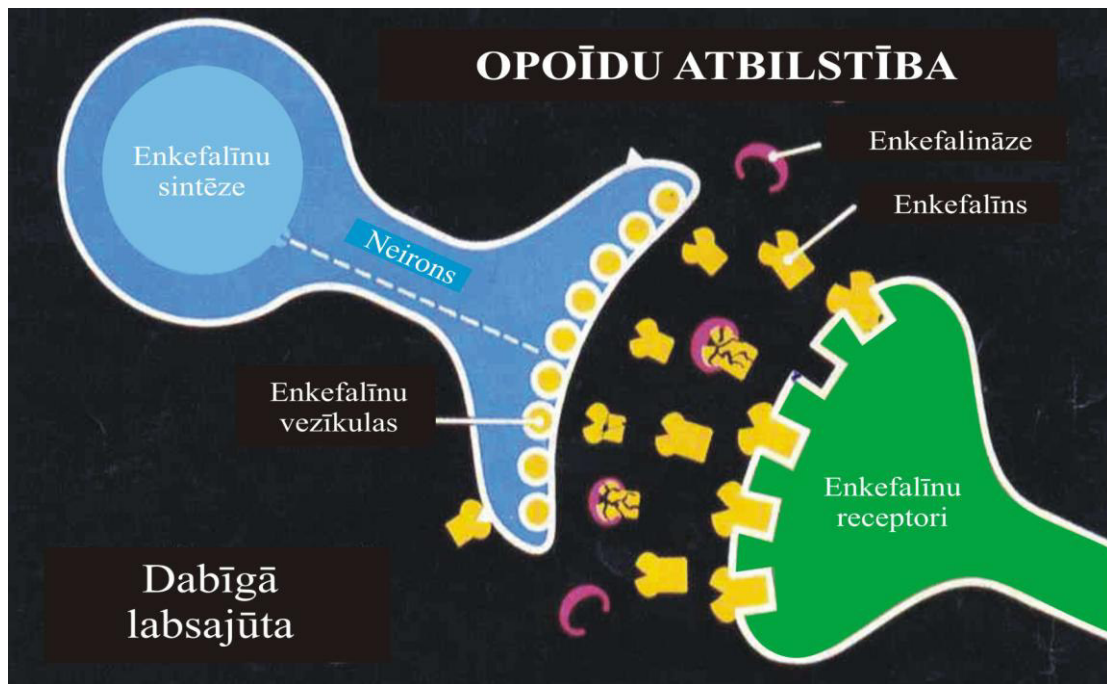
- GASS (gammaamīnosviestskābes sistēmu)
- Noradrenalīnērgisko sistēmu
- Serotonīnērgisko sistēmu
- Dopamīnērgisko sistēmu

- Glutamāterģisko sistēmu
- Holīnerģisko sistēmu

Kateholamīnu atalģojuma sistēma tiek tieši iesaistīta atkarības procesos (ne tikai alkohola). Alkohola trūkums atkarīgā organismā izraisa izmaiņas smadzeņu zemgarozā – vispirms hipotalamā, tālāk talamā, hipokampā, smadzenītēs, astainā un citos kodols, kā arī svītrainā ķermenī un tas iespaudo arī garozas darbību. Visas šīs izmaiņas izraisa šo nepārvaramo tieksmi.

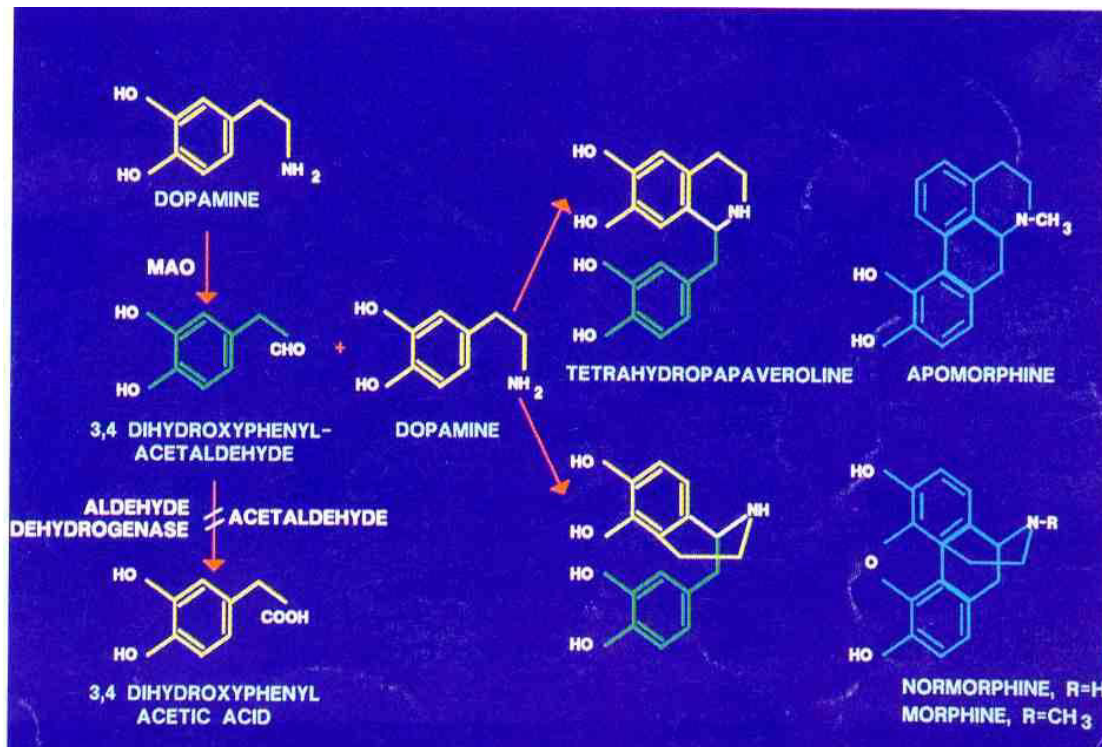
Pārmērīga alkohola lietošana vispirms izraisa pastiprinātu dopamīna izdalīšanos Kateholamīnu atalģojumu kaskādē. Pēc M.Trahtenberga un K.Blūma pētījumiem dopamīns izraisa savienošanos ar dzērāja organismā pārmērīgā daudzumā esošo acetaldehīdu, kuri savienojoties veido morfijam līdzīgo tioizokvinolīnu, kas pārmērīgi pārpludina endorfīnu receptorus, apstādinot to dabīgo izdalīšanos. Tā tiek nojaukta dabīgā endorfīnu vielu maiņa kodolos, iestājās to deficīts, kas izraisa tieksmi. Bet alkoholam pārejot tioizokvinolīnā tas uztur alkohola atkarīgajam mākslīgu labsajūtu, kas ātri zūd, kad tioizokvinolīna līmenis krīt, atkarīgais ir spiests ieņemt jaunas alkohola devas, lai atjaunotu savu labsajūtu. Atkarības veidošanos un izmaiņas Kateholamīnu atalģojumu sistēmā rāda zemāk demonstrētās shēmas.

1. Normālā neironu vielmaiņā (skatīt shēmu Nr.2.);



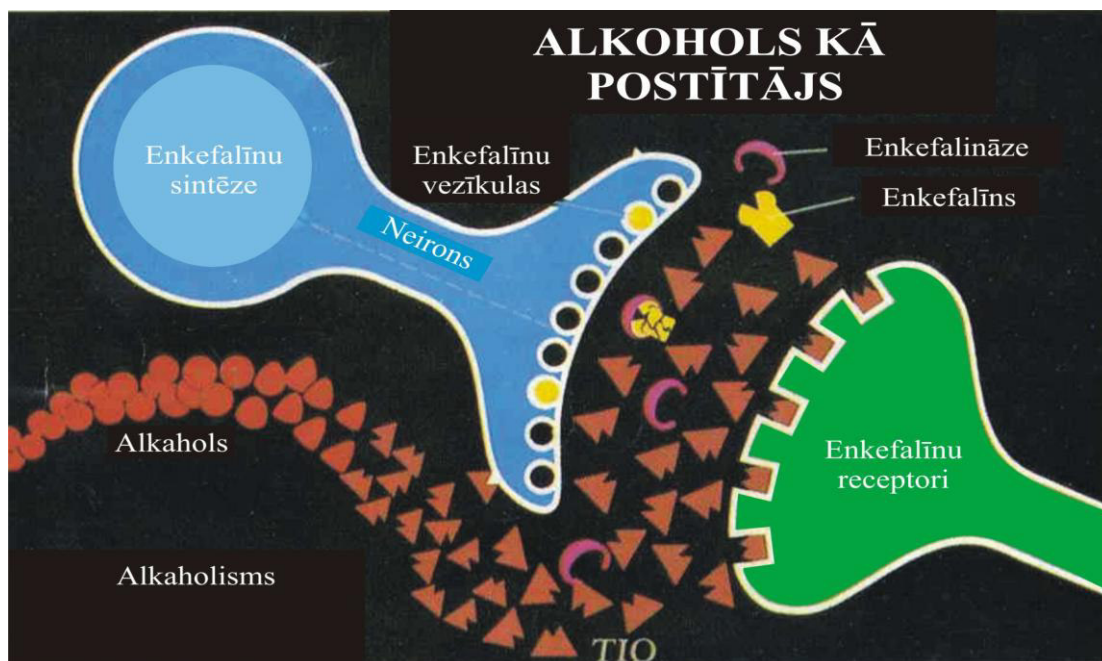
shēma Nr.2.

2. Acetaldehīda savienošanās ar dopamīnu un tioizokinalīna izveidošanās (skatīt shēmu Nr.3.);



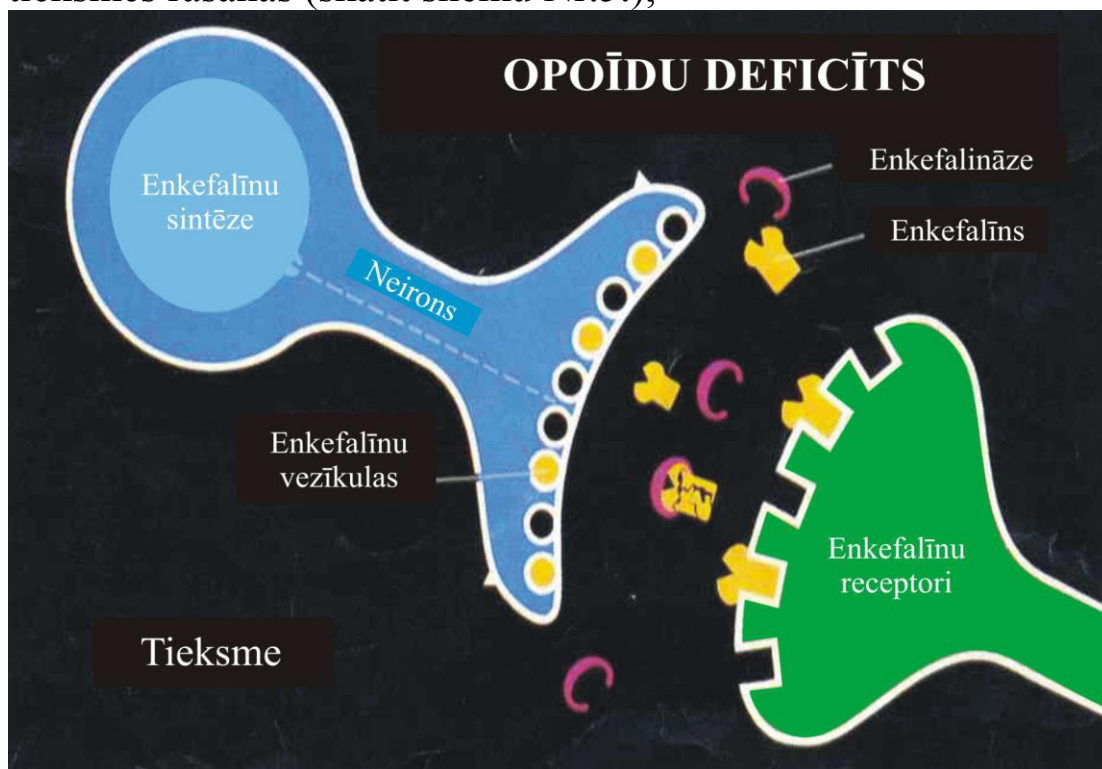
shēma Nr.3.

3. Tioizokvinolīna (TIQ) iejaukšanās neironu vielmaiņā un dabīgā endorfīnu veidošanās samazināšanās (skatīt shēmu Nr.4.);



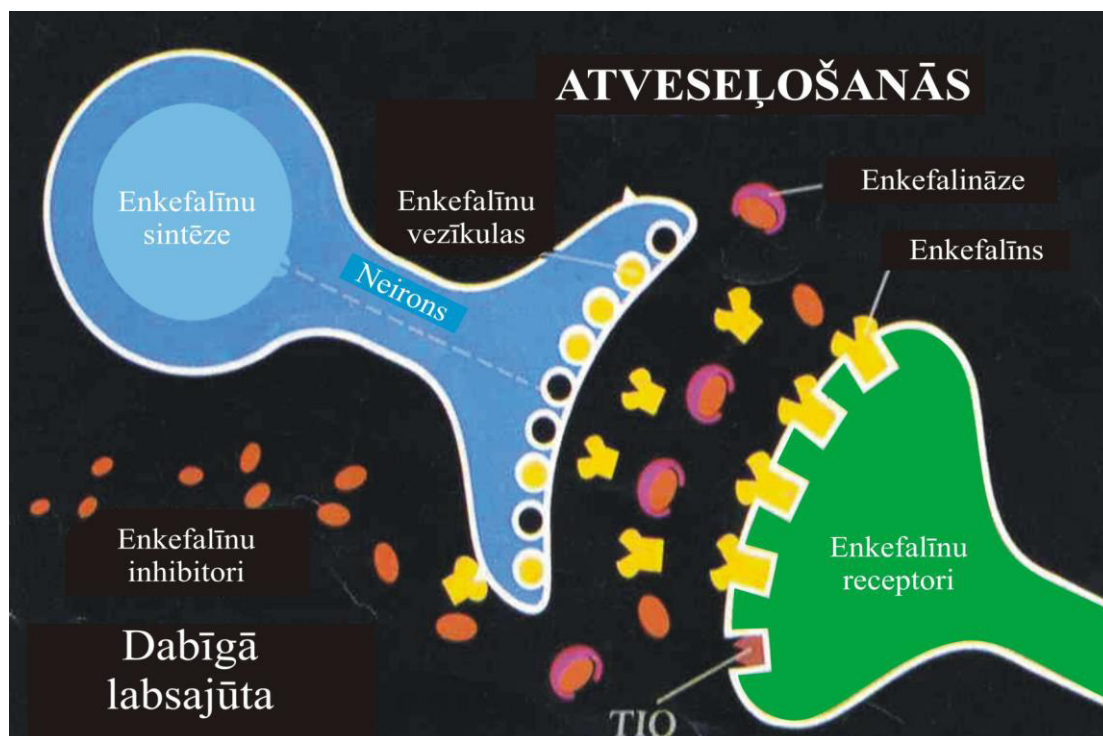
shēma Nr.4.

4. Opioīdu deficīta veidošanās vezīkulās un receptoros un tieksmes rašanās (skatīt shēmu Nr.5.);



shēma Nr.5.

5. Pakāpeniska neirona vielmaiņas atjaunošanās ilgstoši nelietojot alkoholu (skatīt shēmu Nr.6.).



shēma Nr.6.

Diemžēl M.Trahtenbergs un K.Blūms rāda, ka uztverošā neirona receptoros saglabājas TIQ ietekme, kas veicina gatavību atkārtoties patoloģiskai reakcijai, ja pat pēc ilgāka laika atkarīgais mēģina iedzert.

Iepriekšējās shēmas rāda kā tiek sagrauta opioderģiskā sistēma. Viennozīmīgi var teikt, ka atkarība slēpjas Kateholamīnu atalgojuma sistēmas defektā, kuru izraisa dažādi narkotiski līdzekļi mērķtiecīgi iedarbojoties uz kādu no kateholamīniem, nojaucot to vielmaiņu iespējoties to receptoros un apstādinot dabīgo kateholamīnu veidošanos. Izņēmumi ir dopamīns, kura daudzums dzerot pieaug un kuri vēl izraisa jaunu morfijam līdzīgu savienojuma tioizokvinolīna (TIQ) veidošanos. Veidojas arī līdzīgs analogs ar nosaukumu tetrahidropapaveolīns, abos molekulas ir ļoti līdzīgas un vēl visas ir līdzīgas opiātam-morfijam, savukārt, TIQ izraisa opioerģijas sistēmas dziļas izmaiņas, tāpēc var teikt, ka alkohola atkarīgais kļūst par opiomānu, jo gan alkohols, gan opijs ietilpst vienā depresantu grupā. Ir zināms fakts, kad opiomānam nav

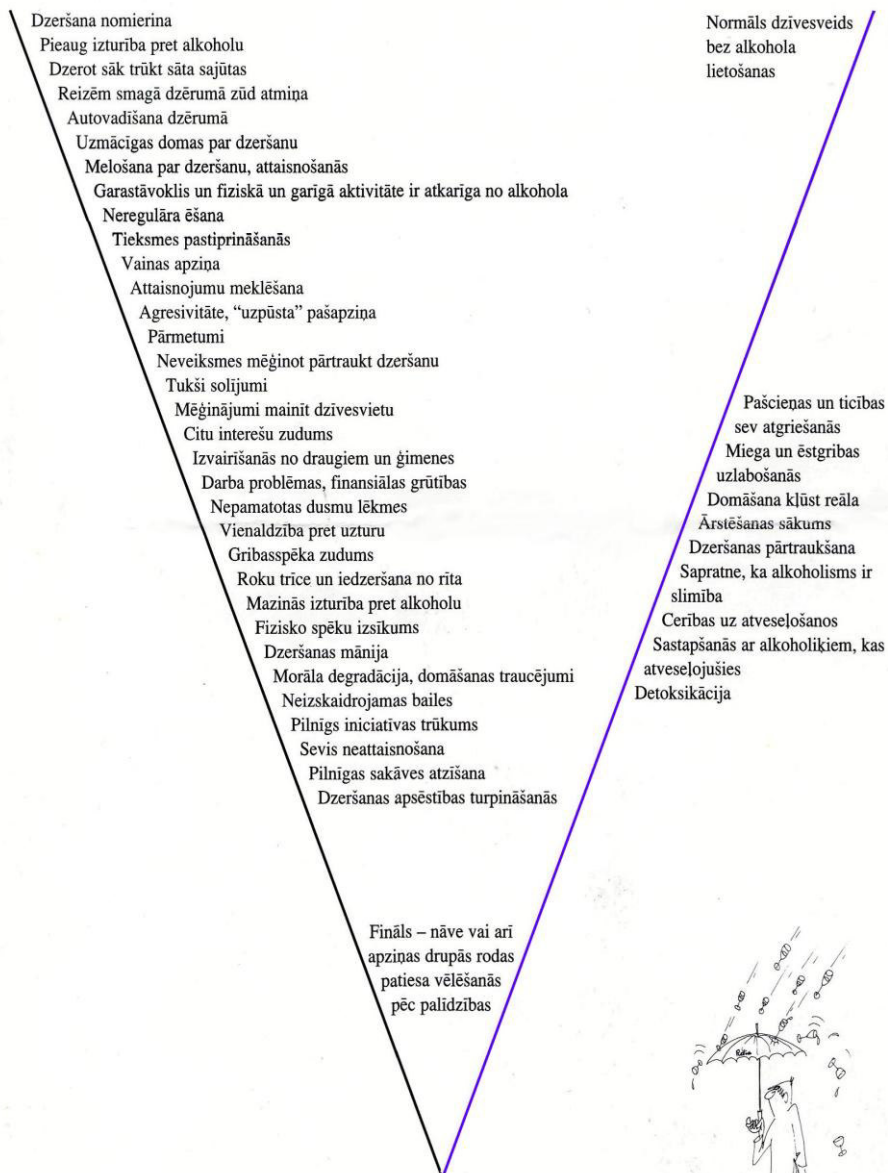
heroīna vai citu opiātu viņš cenšas tos aizvietot ar lielām alkohola devām vai stiprajiem trankvilizatoriem.

Lai ārstētu alkoholismu un novērstu recidīvu jau pirmā tikšanās reizē narkologam jāveic ļoti dziļa slimnieka psiholoģiskā, psihiatriskā, neiroloģiskā un somātiskā stāvokļa novērtēšana, kā arī jānoskaidro kādas sociālas un psiholoģiskas sekas ir izraisījušas alkohola lietošana. Tikai balstoties uz iegūto informāciju ārsts var sagatavot motivācijas saturu tālākai atturībai un terapijas izvēlē un sagatavot tās plānu.

Ir svarīgi iepazīstināt slimnieku un tā tuviniekus ar ievērojamā holandiešu zinātnieka **Jellineka likni** “Alkohola atkarības sindroms – saslimšana un atveseļošanās”, kas sniedz cerību pacientam, ka viņš spēs atveseļoties (skatīt shēmu Nr.7.).

Alkohola atkarības sindroms – saslimšana un atveseļošanās

(Jellineka likne)



REVIA

shēma Nr.7.

Ir svarīgi, pirmkārt, slimnieku sagatvot **atvadu vēstuli alkoholam**, kurā viņam jāpārraksta visas lietošanas sekas, ko tam un ģimenei radījusi alkohola atkarība. Diemžēl mūsu slimnieki to ātri aizmirst un patoloģiski ir uz mērenas dzeršanas iespējamību. Pirmās sarunas gala rezultāts ir pacienta un ārsta savstarpējā uzticība un ilgstoša kontakta nodibināšana, kas būs galvenais priekšnoteikums ilgstošai remisijai. Ārstam jānosaka arī atkārtotas tikšanās vizītes, kurās tiek turpināta psihoterapija un tiek konstatēti jau pirmie pozitīvie sasniegumi.

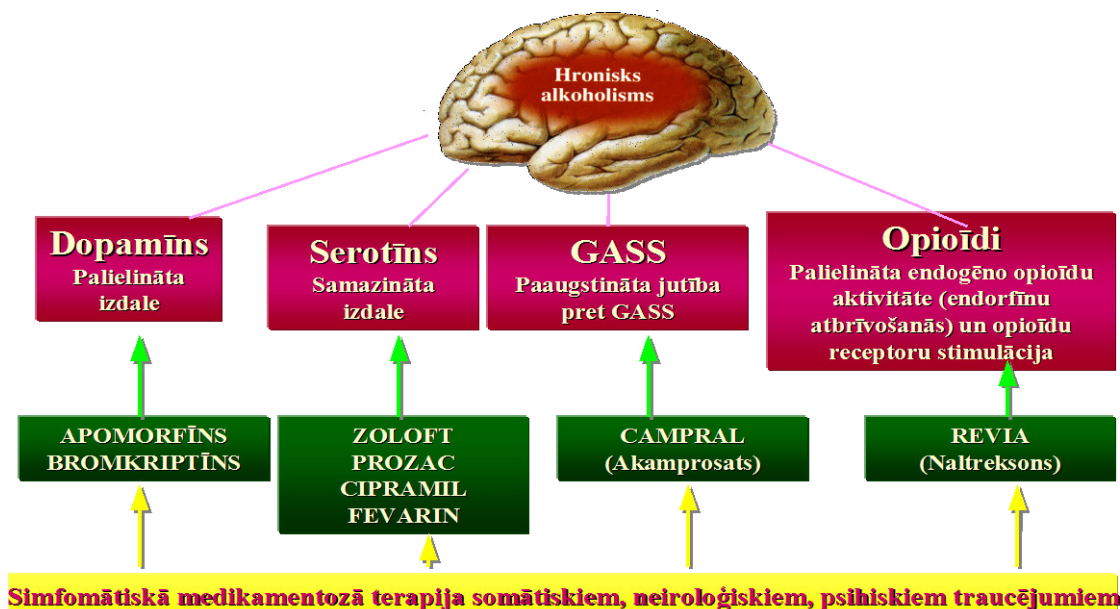
Ārstam jau pirmā tikšanās reizē ir jānozīmē miega, trauksmes, kā arī depresīvie ārstnieciskie līdzekļi. Miega traucējumu gadījumā iesakāms ir nomierinošās miega ārstniecisko augu tējas “Zelta sapnis”, “Vakara tēja ar apiņiem”, “Tereško tēja” “Mieram un miegam”. Tieksmes pastiprināšanās gadījumos ieteicama ir Mārsila 5% novārījums 150 ml, ko var dzert 3x dienā pa 50 ml. Sauso paģiru gadījumos labus rezultātus izraisa CARBOLEX (retard) 0,3 d/h nozīmēšana pat 30 dienām vakaros. Daudziem slimniekiem ir nepieciešami antidepresanti.

Slimniekam ļoti daudz jālieto minerālūdens līdz 2 litriem dienā, ja to atļauj sirds darbība. Jācenšas arī izgulēties un pēc iespējas ātrāk jāsāk ēst. Nepieciešami B grupas vitamīni.

Narkologiem jāievēro pret recidīvs terapijas galvenie virzieni, kurus varētu simptomātiski ievietot sekojošā shēmā (skatīt shēmu Nr.8).

Hroniska alkoholisma neiroķīmiskais mehānisms un galvenie ārstniecības līdzekļi.

Slimīgo tieksmi un sausās pagāras remisijas laikā slimniekiem palīdz ārstēt sekojoši medikamenti



shēma Nr.8.

No visiem shēmā norādītajiem medikamentiem pret tieksmes efekts visvairāk izteikts ir naltreksonam (rēvijai), kamprālam un apomorfīnam, kuru tuvākā laikā sāks ražot a/s Olainfarm. Pacientiem pašreiz var izrakstīt kamprālu un apomorfīnu, tikai nepieciešams tos pasūtīt no Vācijas.

Rezultāti:

Pēc jauno patoloģisko ārstniecības līdzekļu pielietošanas remisijas (atturība) tiek sasniegta 50 – 60 % gadījumu, kas ir 2 reizes augstāk, kā pirms 10 gadiem lietojot parastās ārstēšanās metodes.

Tikai nevienam atkarīgajam nevajag saglabāt cerību, ka viņi kādreiz varēs turpināt mērenu alkohola lietošanu!!!

Izmantotā literatūra

1. I.Beldava “Cilvēks alkohola gūstā” Rīga: Narkoloģijas centrs, 2003.
2. Kenneth Blum, Ph.D. Michael C. Trahtenberg, Ph.D. Gerald P. Kozlowski, Ph.D. *Cocaine therapy: The “Reward Cascade” Link.* Journal Professional Counselor, JAN/FEB 1989.
3. Kenneth Blum and Michael Trachtenberg. *New Insights Into the Causes of Alcoholism.* Journal Professional Counselor, March/April 1987.
4. J.Böning “Medicīnisko recidīvu profilakses patofizioloģiskie un klīniskie pamati pie atkarības saslimšanām” Rīga: Latvijas Narkologu asociācijas izdevums, 1994.

Профилактика рецидивов алкоголизма

В обществе в целом и в медицинском кругу в частности преобладает мнение, что лечение алкоголизма безрезультативно, поскольку реакция непереносимости и измененной у алкоголезависимых людей реакции на алкоголь сохраняется на всю жизнь. С этим мнением можно согласиться лишь отчасти. Зависимый от алкоголя никогда не будет способен умеренно выпивать. В случае алкогольной зависимости возможны лишь две крайности - не употреблять алкоголь вовсе или спиться до слабоумия. Больного алкогольной зависимостью можно сравнить с больным аллергией – **он будет здоров ровно до тех пор, пока первый раздражитель (в данном случае - первый стаканчик алкогольного напитка) не попадет в его организм.**

Но зависимый от алкоголя может принять решение - ввиду серьезных затруднений в семье, здоровье или работе – полностью прекратить употребление алкоголя и полностью выздороветь. **“Нет алкоголя – нет болезни”**. Этот факт зачастую используют экстрасенсы, вшиватели ампул, торговцы чудодейственными средствами, кодировщики и прочие. Ведь если человек им доверяется и впрямь не трогает пресловутый первый стаканчик – зависимость не получает развития и алкоголизм, казалось бы, вылечен. Без намерений отрицать достижений применяющих эти различные методы “специалистов”, можно с уверенностью заявить, что ситуация куда сложнее, когда алкоголезависимый больной достаточно критичен и эрудирован и упомянутым манипуляциям не доверяет. Несмотря на лечение, его продолжают преследовать положительные воспоминания о былом времени пьянства, и даже могут происходить вспышки патологического стремления вновь употреблять алкоголь. Кроме этого, возможно и развитие псевдо-абстиненции – “сухого похмелья” при котором на алкоголезависимого циклами находит беспокойство, тревога, неудовлетворенность, чувствительность, задиристость и желание куда-нибудь выйти, высказать недовольство своим близким, хотя главная мысль есть и остается одна – **“если я выпью, мне станет легче”**. Очень часто сами пациенты вызывают конфликты и тем самым рождают в себе мотив напиться. Это служит началом очередному рецидиву.

В существующей кризисной ситуации желание употреблять алкоголь испытывают не одни лишь алкоголезависимые, но и здоровые люди, периодически использующие алкоголь как транквилизирующее средство. К сожалению, латыши, как северный народ, гораздо чувствительнее к алкоголю, нежели южные народы. Потому

всем нам стоит быть гораздо внимательнее, нежели жителям других стран. Этот факт несет в себе огромный риск возрастания при кризисных обстоятельствах количества алкоголезависимых и связанных с этим приростом последствий – самоубийств, дорожно-транспортных происшествий, отравлений, ожогов, травм, утоплений и прочих несчастных случаев.

В сегодняшней кризисной ситуации крайне важно, чтобы каждый алкоголезависимый смог получить помощь квалифицированных специалистов. Необходимо обеспечить уход за пациентом и обеспечить снижение и, по возможности, устранение связанных с абстиненцией, равно как и неврологических и психических нарушений.

У каждого алкоголезависимого должен быть свой врач, которому тот доверяет; врач, хорошо знающий пациента, способный понять пациента и помочь ему. В данной статье автор желает преподнести коллегам знания о тех патогенетических процессах, которые касаются алкоголезависимых пациентов для того, чтобы была обеспечена адекватную терапию.

Алкоголизм вызывают и социальные, и психологические и биологические факторы. **Взаимодействие всех перечисленных факторов особо опасно.** Данное взаимодействие характеризует следующая схема 1, на которой указаны причины появления зависимости.



Если у пациента присутствуют все упомянутые причины, зависимость образуется особенно быстро.

Схема 1. Взаимодействие трех факторов, влияющих на развитие алкоголизма

В особенности на образование зависимости влияют генетические факторы, но не меньшее значение – у биологических, психологических а также социальных факторов. Все упомянутые факторы влияют как на развитие зависимости, так и на наступление рецидивов. Самыми серьезными считаются биологические факторы, присутствующие в любом наркотическом веществе. Есть вещества, стремительно

вызывающие зависимость, например, никотин, метамфетамин, кокаин и героин. Есть вещества, способные вызывать зависимость медленно, например, алкоголь и марихуана, поэтому их вред зачастую расценивается как не столь большой.

Есть люди, у которых уже с рождения нет чувства меры, и они напиваются при каждом случае употребления алкоголя. К сожалению, ни одна семья в Латвии не может быть уверена, что в одной из ветвей ее генеалогического древа не найдется алкоголезависимый.

Наше противостояние алкогольной зависимости обеспечивает катехоламиновая система вознаграждения нашего мозга, но ее устойчивость способны пошатнуть многие факторы. Значение катехоламиновой системы вознаграждения в развитии зависимости было детально исследовано американскими учеными Кеннетом Блумом и Майклом Трахтенбергом, а также немецким ученым Ю. Бёнингом (см. схему 2 и 3).

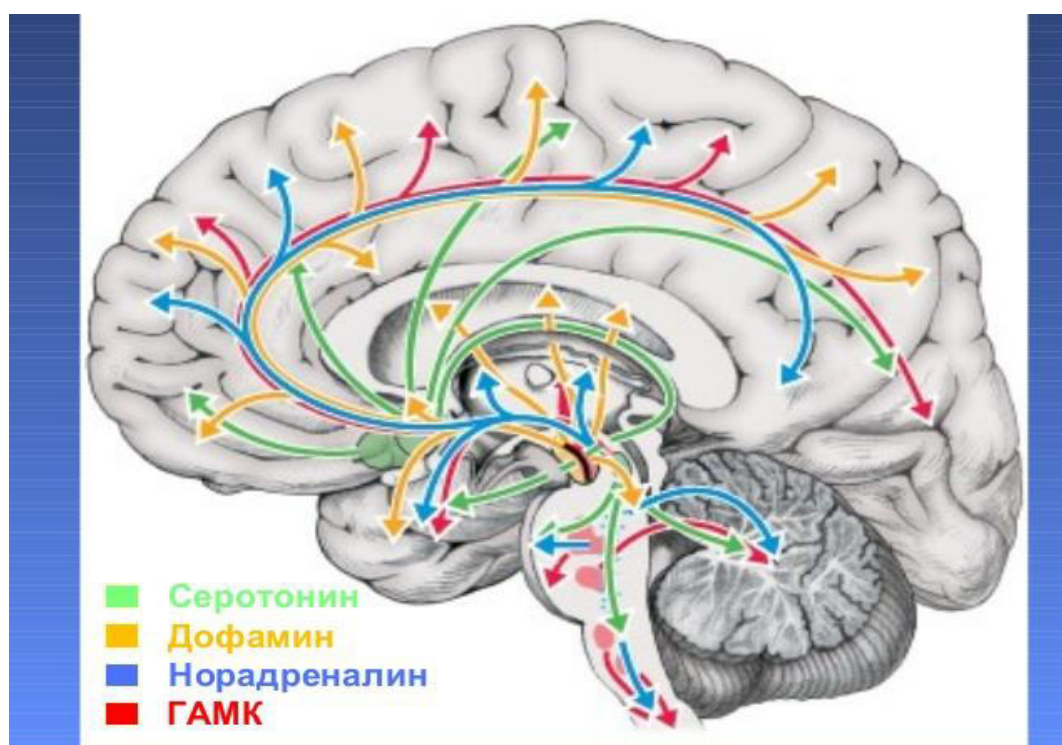


Схема 2. Системы, задействованные в образовании зависимости. ГАМК – гамма-аминомасляная кислота.



Схема 3. Каскад системы вознаграждения. 5-НТ2а – серотониновый рецептор субтипа 2а; ГАМК – гамма-аминомасляная кислота.

Оказывается, что почти все наркотические вещества, в том числе алкоголь, способны изменять работы катехоламиновой системы вознаграждения. Вызывающие зависимость вещества способны влиять на следующие системы:

- Систему ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты);
- Норадренергическую систему;
- Серотонинергическую систему;
- Дофаминергическую систему;
- Глутаматергическую систему;
- Холинергическую систему.

Катехоламиновая система вознаграждения напрямую задействована в процессах развития зависимости (не только алкогольной). Недостаток алкоголя в организме алкоголезависимого вызывает изменения в подкорной части мозга: сначала в гипоталамусе, затем в таламусе и далее задействуя гиппокамп, мозжечок, хвостатое ядро (лат. *nucleus caudatus*) и полосатое тело (лат. *corpus striatum*). В результате данного каскада реакций нарушается работоспособность коры мозга в целом. Изменения подобного рода (морфологического, биохимического и патологического) и лежат в основе непреодолимого влечения употреблять алкоголь.

Чрезмерное употребление алкоголя вначале на ранних стадиях усиленное выделение дофамина в каскадной реакции катехоламинового вознаграждения. Исследования М. Трахтенберга и К. Блума демонстрируют, что дофамин связывается с ацетальдегидом, в избыточном количестве присутствующим в организме алкоголезависимого, и образует морфию подобный тиоизохинолин (*thioisoquinoline*, TIQ), который, в свою очередь, наводняет эндорфинные рецепторы, тем самым останавливая их естественные функции. Нарушается естественный обмен веществ эндорфинов в ядре их клеток, приводя к снижению количества эндорфинов и развитию влечения к алкоголю. При фазе метаболизма в TIQ, алкоголь поддерживает в алкоголезависимом искусственное хорошее самочувствие, которое пропадает моментально при снижении уровня TIQ. В результате, алкоголезависимый вынужден принимать все новые дозы алкоголя, чтобы возобновить хорошее самочувствие. Ниже приведенные схемы (4-8) отображают развитие зависимости и изменения в катехоламиновой системе вознаграждения.

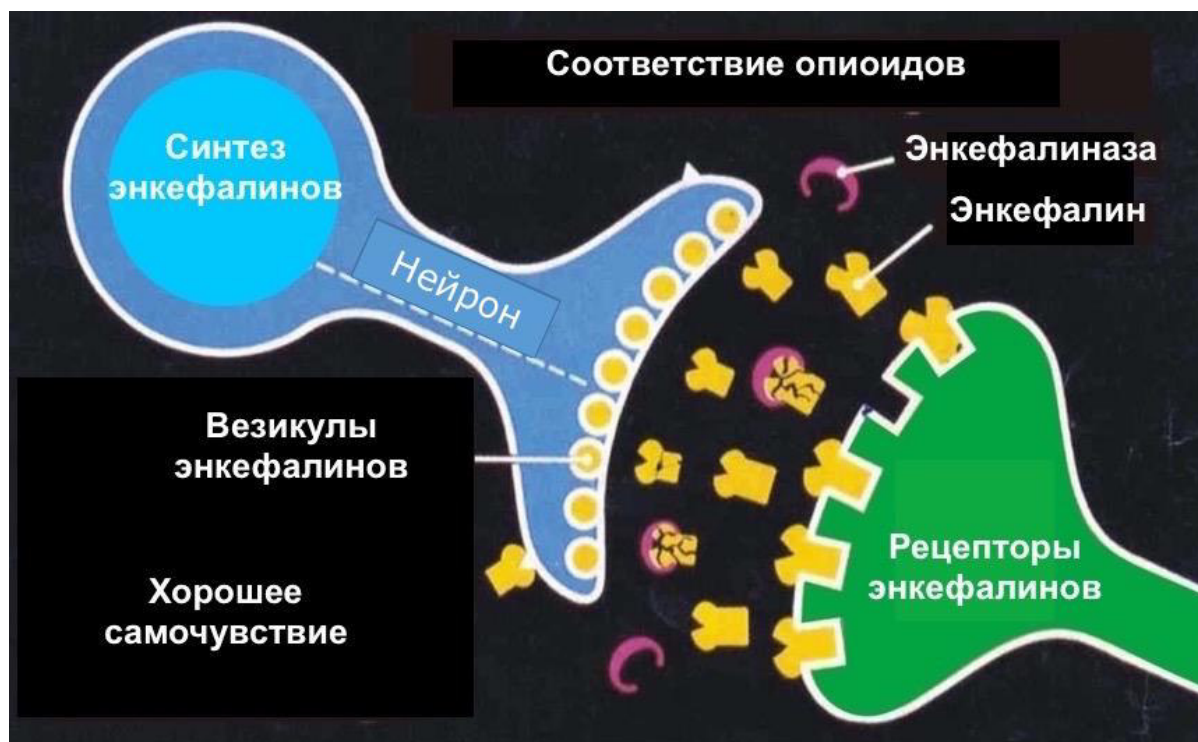


Схема 4. Нейронный метаболизм при нормальных условиях.



Схема 5. Связывание ацетальдегида с дофамином и образование TIQ.

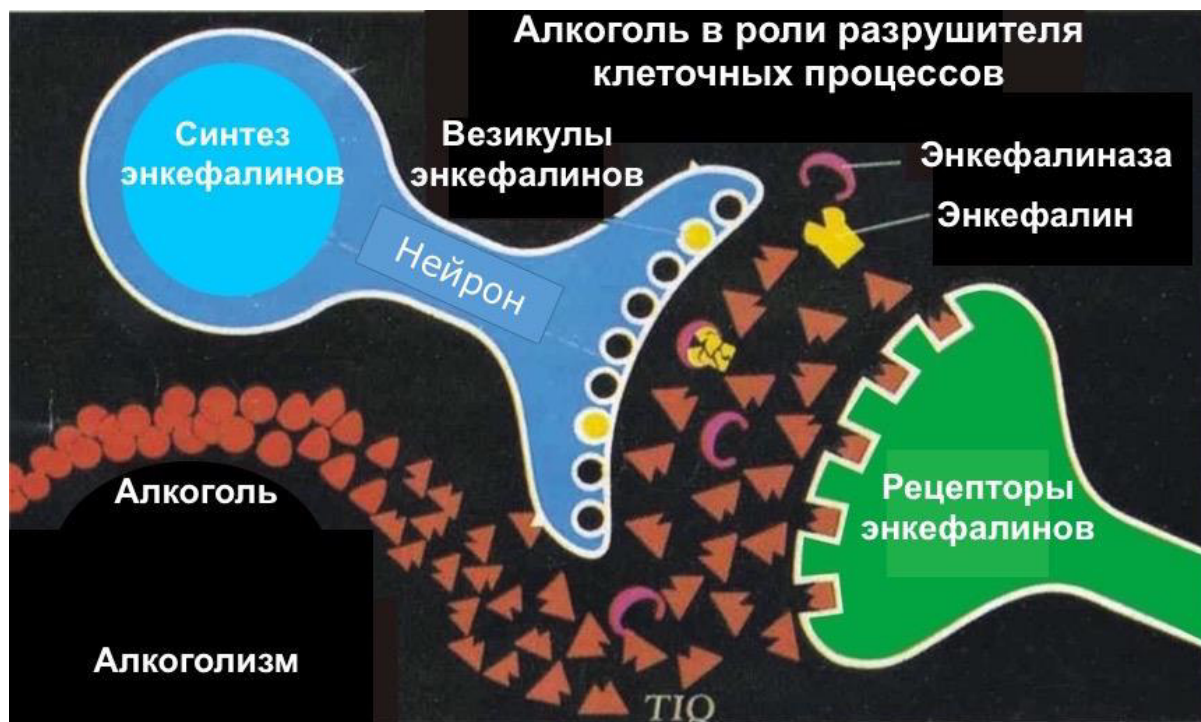


Схема 6. Вмешательство TIQ в метаболизм нейронов и снижение натурального образования эндорфинов.



Схема 7. Образование дефицита опиоидов в везикулах и рецепторах, а так же зарождение зависимости.

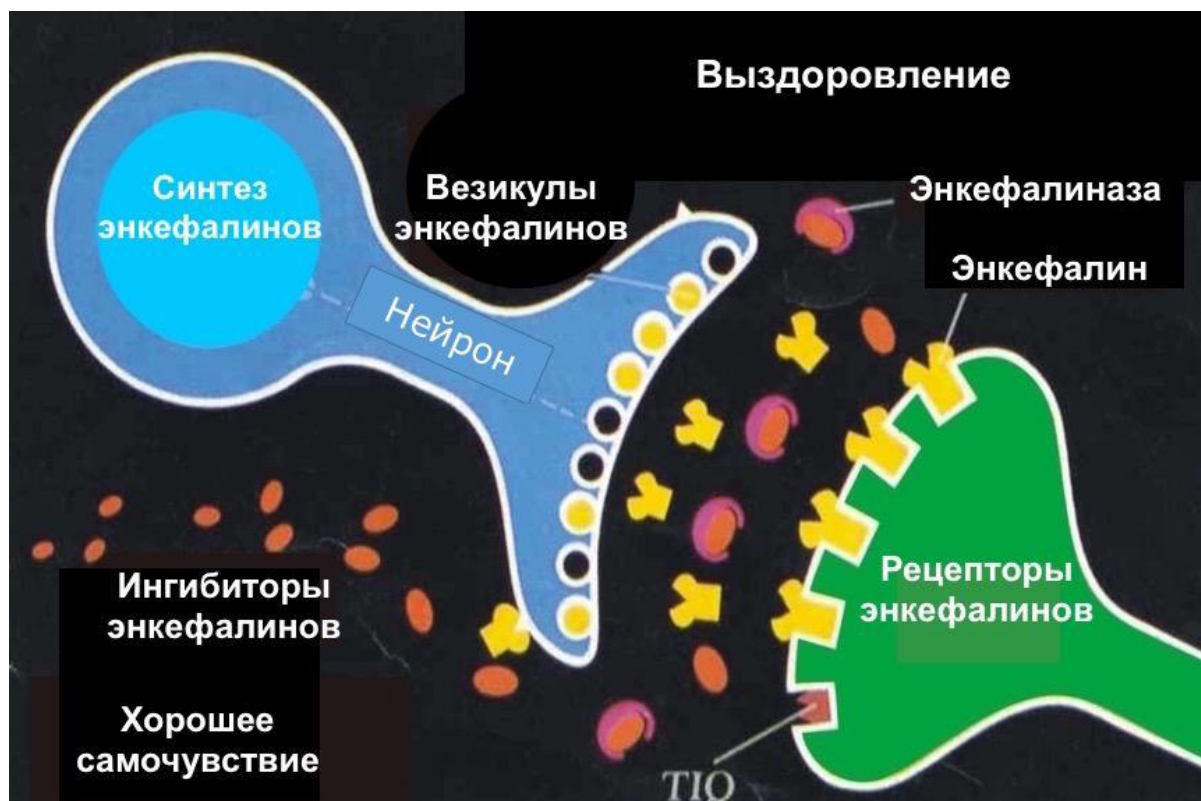


Схема 8. Постепенное восстановление нейрона в следствие длительного неупотребления алкоголя.

М. Трахтенберг и К. Блум демонстрировали, что влияние ТІQ на рецепторы принимающих пост-синаптических нейронов сохраняется, способствуя быстрому возобновлению патологической реакции даже в том случае, если после длительного периода времени алкоголезависимый решает снова выпить.

Вышеприведенные схемы иллюстрируют, каким образом происходит деструкция опиоидной системы. Можно однозначно заявить, что патофизиологический механизм образования зависимости кроется в дефекте катехоламиновой системы вознаграждения. Нарушения функционирования данной системы могут быть вызваны различными наркотическими средствами, целенаправленно влияющими на один из катехоламинов и вызывающими нарушения их метаболизма посредством вклинивания в места связывания катехоламинов с их рецепторами и выталкивания из них эндогенных лигандов. Исключением является дофамин, количество которого возрастает при употреблении человеком алкоголя и который способствует синтезу ТІQ и его структурного аналога тетрагидропапавеолина. В молекулярном плане обе молекулы схожи не только между собой, но и с главным опиатом – морфием. ТІQ вызывает серьезные изменения в работе опиоидной системы, превращая алкоголезависимого в опиомана: как алкоголь, так и опий входят в одну группу – депрессантов центральной нервной системы. Общеизвестным фактом является то, что когда опиоман не способен принять героин или другой опиат, он пытается заменить их, принимая большие дозы алкоголя или сильных транквилизирующих средств.

Для успешного лечения алкоголизма и предотвращения его рецидивов, наркологу уже при первой встрече с пациентом необходимо осуществить подробную оценку психологического, психиатрического, неврологического и соматического состояния пациента, а также выяснить, какие социальные или психологические последствия привели к началу употребления алкоголя. Только основываясь на полученной информации, врач может подготовить рациональную и мотивирующую стратегию воздержания от алкоголя, а также назначить терапию.

Врачу необходимо ознакомить пациента и его близких с классификационной петлей алкоголизма известного исследователя алкоголизма, физиолога и биостатистика Элвина Мортон Джеллинека, названной “Синдром зависимости от алкоголя – заболевание и выздоровление”. Доказано, что ознакомление с данной схемой положительно влияет на веру пациента в возможность его выздоровления (схема 9).

Синдром алкогольной зависимости – заболевание и выздоровление (петля Джеллинека)

Пьянство успокаивает

Возрастает выносливость к алкоголю

При пьянстве ощущимо чувство насыщения

Иногда при сильном опьянении происходит потеря сознания

Езда в нетрезвом виде

Навязчивые мысли о пьянстве

Ложь о пьянстве, оправдание

Настроение, физическая и умственная активность зависит от алкоголя

Нерегулярное питание

Усиление влечения выпить

Чувство вины

Поиск оправданий

Агрессивность, излишняя самоуверенность

Упреки

Неудачи при попытке прекратить пьянство

Пустые обещания

Попытки поменять место жительства

Потеря других интересов

Избегание друзей и родственников

Проблемы на работе, финансовые трудности

Необоснованные приступы гнева

Безразличность к питанию

Потеря воли

Дрожь рук и выпивание с утра

Сниженная выносливость к алкоголю

Истощение сил

Мания пьянства

Моральная деградация и нарушения мышления

Необъяснимый страх

Полное отсутствие инициативы

Самооправдание

Признание полного поражения

Продолжение одержимости пьянством

Нормальный образ жизни без

Возврат самоуважения и веры в себя

Улучшение сна и аппетита

Возвращение мышления

Начало лечения

Прекращение пьянства

Понимание, что алкоголизм – болезнь

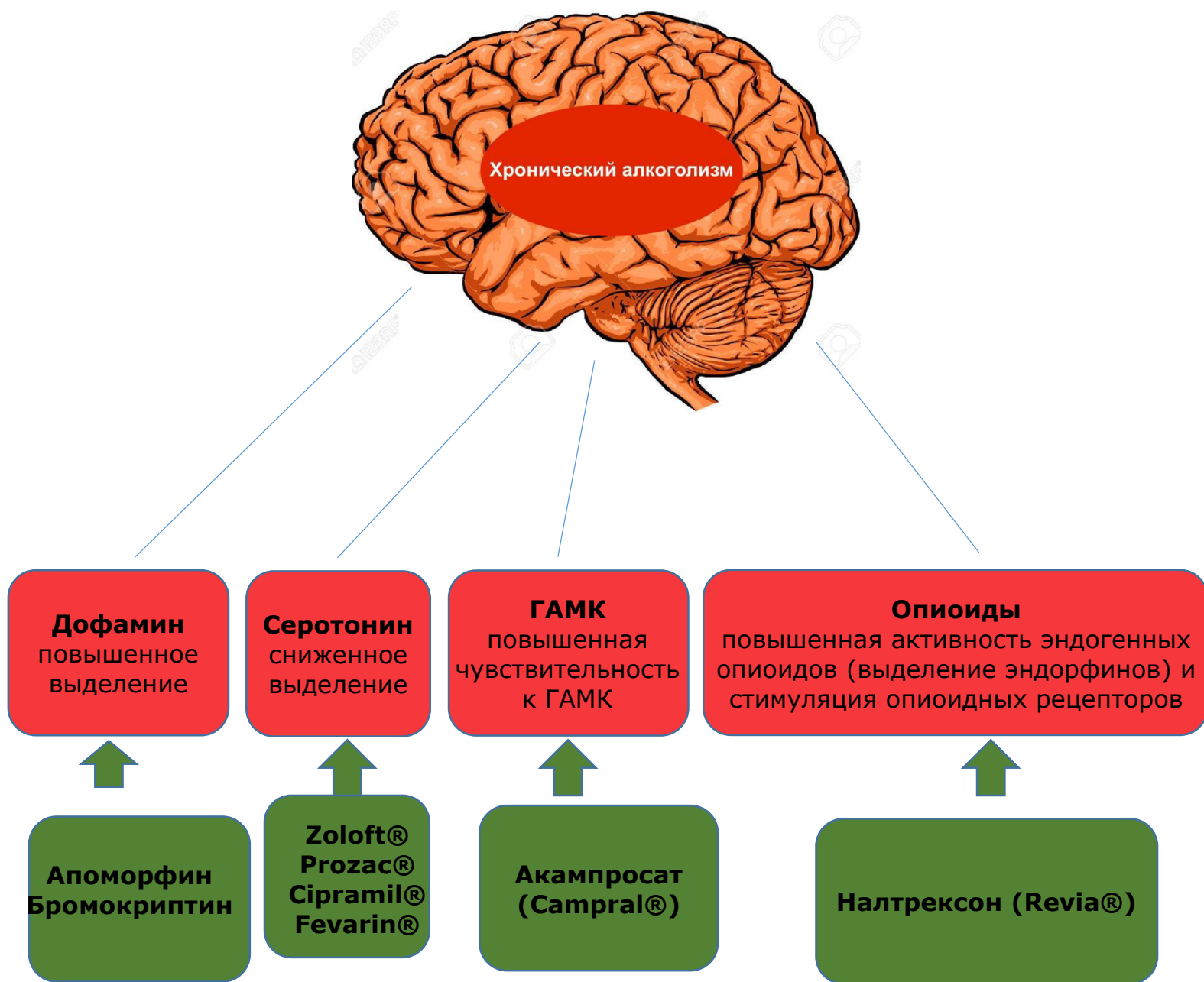
Встречи с выздоровевшими алкоголиками

Детоксикация

Финал: смерть или зарождение на обломках сознания искренней нужды в помощи

Врачу во время первого визита стоит вместе с пациентом составить **“прощальное письмо алкоголю”**, в котором последний упоминает все последствия, которые употребление алкоголя вызвало ему и его близким. К сожалению, зачастую пациенты быстро забывают об этих последствиях и надеются на возможность умеренного употребления алкоголя. Результатом первой встречи врача и пациента должно быть образование доверия и длительного контакта, являющегося главной предтечей длительной ремиссии. Врачу необходимо назначить и следующие визиты, во время которых будет продолжена психотерапия и констатированы первые положительные достижения.

Не менее важно в первую встречу назначить пациенту средства для улучшения сна, снижения тревоги и депрессивных состояний. В случае нарушений сна рекомендуются успокоительные травяные чаи для сна – “Zelta sapnis”, “Vakara tēja ar arīņiem”, чай доктора Терешко “Mieram un miegam”. В случае увеличения стремления к употреблению алкоголя рекомендуется 5% тимьяновый настой (150мл), который необходимо выпивать в день за 3 приема по 50 мл. В случае сухого похмелья хорошие результаты отмечены при употреблении пролонгированной формы карбамазепина (CARBOLEX retard) в дозе 300 мг один раз в день вечером. Возможен прием данной дозы в рамках 30 дней. Многим пациентам также необходим курс антидепрессантов. Пациентам необходимо выпивать в день до 2 литров минеральной воды, в случае, если это позволяет состояние сердца. Важно высыпаться и по возможности скорее начать вести сбалансированное питание, при этом отдельное внимание уделяя употреблению витаминов Б группы, уровень которых у алкоголиков хронически понижен. Помимо ознакомления пациента с вышеупомянутыми методами лечения, врачам-наркологам важно составить детальный план программы, направленной на избежание возникновения рецидивов (схема 10).



Симптоматическая медикаментозная терапия при соматических, неврологических и психических нарушениях

Схема 10. Медикаменты, способствующие лечению болезненного влечения к алкоголю и стабилизирующие ремиссию сухого похмелья.

Из всех указанных на схеме 10 препаратов, наиболее сильным эффектом против зарождения стремления употреблять алкоголь обладают налтрексон (Revia), акампросат (Campral) и апоморфин (который в ближайшем будущем планирует производить А/О Олайнфарм). На данный момент возможно выписывать пациентам акампросат и апоморфин, но эти препараты на данный момент не зарегистрированы в Латвии и потому их необходимо заказывать из Германии. Результаты исследований свидетельствуют о том, что после применения новейших лекарственных средств ремиссия (успешное воздержание) достигается в 50 – 60 % случаев алкогольной зависимости, что вдвое чаще чем 10 лет назад, когда в лечении использовались обычные методы.

Ни одному алкоголезависимому ни в коем случае нельзя давать надежду на возможность умеренно употреблять алкоголь по окончании терапии !!!

Использованная литература

1. Beldava "Cilvēks alkohola gūstā". Центр Наркологии, Рига, 2003.
2. Kenneth Blum, Ph.D., Michael C. Trachtenberg, Ph.D., Gerald P. Kozlowski, Ph.D. Cocaine therapy: the "reward cascade" Link. *Professional Counselor*, Jan/Feb 1989, 27-30, 52.
3. Kenneth Blum, Michael Trachrenberg. New Insights Into the Causes of Alcoholism. *Professional Counselor*, March/April 1987.
4. J.Böning. "Medicīnisko recidīvu profilakses patofizioloģiskie un klīniskie pamati pie atkarības saslimšanām". Латвийская Ассоциация Наркологов, Рига, 1994.