



**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ
ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ
ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

2006

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В.М.БЕХТЕРЕВА

УТВЕРЖДАЮ
Председатель наркологической секции
Научного Совета Минздрава РФ
Член-корр. АМН РФ
Д.м.н., профессор Н.Н.Иванец
Протокол № 3 от 02.03.2004

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ
ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Санкт-Петербург

2004

АННОТАЦИЯ

В методических рекомендациях приводится разработанная авторами прогностическая шкала для определения длительности ремиссии при восстановительной терапии у больных с алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии. Работа содержит прогностические таблицы, включающие в себя признаки, позволяющие с достаточной долей вероятности судить о течении будущей ремиссии, предвидеть степень вероятности возможного рецидива. Таблицы составлены по результатам катамнестического исследования большого количества больных с терапевтическими ремиссиями различной длительности. Использование таблиц позволяет выделить из общей массы лечившихся больных «группу риска», нуждающуюся в особенно тщательных поддерживающих терапевтических мероприятиях. Вычислительный прогноз ориентирует врача на сопоставление своих представлений о будущих результатах лечения, основанных на профессиональных знаниях, опыте и интуиции, с обоснованными статистическими данными, аккумулируемыми в решающем правиле. Фактически, предлагаемая прогностическая шкала выполняет функцию «вычислительного консультирования».

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров-наркологов стационарной и амбулаторной сети.

Методические рекомендации подготовлены в Психоневрологическом институте им.В.М. Бехтерева (директор – д.м.н., проф. Н.Г.Незванов) в рамках Отраслевой программы «Разработка эффективных методов и средств профилактики, диагностики и лечения наркологических заболеваний на основе медико-биологических, клинических и медико-социальных исследований» в соответствии с календарным планом договора № 010/055/001 от 10.07.01.

Патент № 2238034 на изобретение.

Составители: д.м.н. Ерышев О.Ф., ст.н.с. Дубинина Л.А., вед.н.с. Иовлев Б.В., вед.н.с. Рыбакова Т.Г., математик-программист Вукс А.Я., ст.научн.сотр. Ерошин С.П.

ВВЕДЕНИЕ

Прогнозирование результатов восстановительного лечения, а точнее, длительности сохранения больным абсолютной трезвости после курса противоалкогольной терапии, может рассматриваться как фрагмент более объемной задачи выбора оптимальной тактики лечебно-восстановительных мероприятий на всех этапах формирования терапевтической ремиссии. Для решения этой задачи существенную роль может сыграть выделение комплекса прогностически значимых характеристик состояния больного в период становления ремиссии и измерение «информационного веса» таких характеристик с помощью математических процедур. Важность задачи подчеркивается тем обстоятельством, что в имеющихся исследованиях прогностическое значение тех или иных признаков рассматривается изолированно. Особенно значимым для прогностических построений представляется клиническая оценка начального этапа формирования ремиссии, так как она является решающей для выработки оптимальной терапевтической тактики. Необходимость предпринятой для составления настоящих методических рекомендаций разработки связана с трудностями, возникающими при выборе тактики построения лечебно-восстановительных программ, обусловленными все увеличивающейся нагрузкой на практических врачей-наркологов диспансеров и стационаров. Предлагаемый нами метод, конечно, не может полностью подменить опыт и интуицию врача, однако, он призван повысить оперативность и объективность диагностической работы. Для подготовки методических рекомендаций по вычислительному прогнозированию длительности ремиссий использована «Прогностическая карта ремиссии при алкоголизме», включающая 350 признаков, фиксирующих клинические, личностные и социально-психологические характеристики больного, проводившиеся лечебно-восстановительные мероприятия и их результаты. Изучаемые признаки оценивались в баллах и кодировались в цифровой форме.

Анализировалась история жизни пациента: особенности раннего развития, воспитания, взаимоотношений в родительской семье, взаимоотношения с каждым из родителей, со сверстниками, перенесенные ранее и сопутствующие аддиктивной патологии заболевания, преморбидные особенности личности (конституционально-личностный тип), семейное положение, причины расторжения брака (если оно имело место), степень удовлетворенности семейным положением, взаимоотношения между супругами, отношение к детям, характер трудовой деятельности, отношение к работе и т.д. Изучался анамнез заболевания: давность, темпы формирования, выраженность основных симптомов, виды лечения в прошлом, продолжительность терапевтических и спонтанных ремиссий, причины рецидивов. Анализировалось проводимое лечение - различные лечебно-реабилитационные мероприятия и отношение больного к разным видам фармако- и психотерапии. Оценивались результаты противоалкогольного лечения, проводимого непосредственно авторами рекомендаций. Использовалась модифицированная шкала В.Б.Альтшулера, Н.В.Чередниченко для количественной оценки выраженности патологического влечения к алкоголю (ПВА) (приложение 1). При исследовании клиническая оценка состояния пациентов дополнялась психологическими тестами – шкалой реактивной тревожности Спилбергера-Ханина и цветовым тестом Люшера (измерение суммарного отклонения от аутогенной нормы

Вальнёффера). Оценивалось состояние вегетативной нервной системы с помощью проб Ашнера, клиностатической и вариационной пульсометрии с вычислением индекса напряжения (ИН) регуляторных систем. Благодаря динамическому наблюдению больных в ремиссии, во многих случаях при контакте и психотерапевтической работе с родственниками, были получены достоверные катamnестические сведения.

ФОРМУЛА МЕТОДА

Предлагаемые прогностические правила прогнозирования длительности ремиссии у больных алкоголизмом на этапе ее становления отличаются от аналогичных методов математического анализа в клинической наркологии тем, что позволяют проводить комплексную оценку статуса больного с учетом количественного «прогностического веса» 23 выявленных наиболее информативных показателей и на основе этого построить прогноз развития ремиссии посредством сравнения суммы прогностических коэффициентов с предложенным базовым уровнем (+9 баллов), отражающим стабилизацию состояния больного – сохранение трезвости. Если сумма прогностических коэффициентов меньше +9, то прогноз рассматривается как неопределенный, а при значении равным или меньшим –9 прогнозируется высокая степень рецидива заболевания.

По результатам работы получен патент на изобретение «Способ прогнозирования длительности ремиссии у больных алкогольной зависимостью в период становления ремиссии» № 2238034 от 15.10.2002 г.

ПОКАЗАНИЕМ к применению метода является его использование врачами психиатрами-наркологами амбулаторной и стационарной наркологической службы с целью облегчения построения долгосрочного прогноза сохранения трезвости у больных алкогольной зависимостью в период становления ремиссии для совершенствования построения терапевтических программ.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ к применению метода отсутствуют.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА

Разработанная прогностическая шкала оценки длительности ремиссии на основе анализа состояния больного алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии (в первые 1-3 месяца после прекращения употребления алкоголя). Модифицированная шкала В.Б. Альтшулера и Н.В. Чердниченко для количественной оценки выраженности ПВА (приводится в приложении к методическим рекомендациям).

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Прогностическая шкала для формализованной оценки продолжительности ремиссии у больных алкогольной зависимостью на этапах становления ремиссии

Шкала предназначена для прогноза продолжительности ремиссии у больных с алкогольной зависимостью при выписке из стационара и при амбулаторном динамическом наблюдении на этапе становления ремиссии (в течение первых 3-х месяцев трезвости). Шкала состоит из 23 признаков-характеристик, расположенных в соответствии с традиционной схемой истории болезни, отражающей сначала анамнез, затем – состояние на момент наблюдения и проводимое лечение. Для каждой характеристики указаны возможные значения (степени ее выраженности - градации) и соответствующие им прогностические коэффициенты.

Процедура прогнозирования сводится к суммированию всех прогностических коэффициентов с учетом знака (плюса или минуса) и сравнению полученной суммы с величиной порога (± 9). Если полученная сумма прогностических коэффициентов всех признаков равняется или превышает порог $+9$, то прогнозируется сохранение трезвости, становление ремиссии, стабилизация состояния. Если эта сумма равна или меньше порога -9 , то прогнозируется высокая вероятность возобновления употребления алкоголя, рецидива заболевания, что требует экстренных мероприятий коррекции состояния.

Если сумма всех прогностических коэффициентов признаков шкалы будет находиться внутри интервала $-9 \div +9$, то прогноз рассматривается как неопределенный, что требует продолжения активных терапевтических усилий для формирования и закрепления установки на трезвость, биологической коррекции психовегетативных расстройств синдрома влечения к алкоголю, динамического наблюдения больного.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ РЕМИССИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ (В ПЕРВЫЕ 1-3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ)

№ п/п	НАЗВАНИЕ ПРИЗНАКОВ	Прогностический коэффициент
1	2	3
1.	Тип течения заболевания: -умеренно-прогредиентный -выраженно-прогредиентный	1.0 -2.0
2.	Личностные девиации в преморбиде: - отсутствуют - акцентуация - психопатия	2.0 -1,0 -6.0

3.	Конституционально-личностный тип: <ul style="list-style-type: none"> - астенический - гипертимный - шизоидный - эпилептоидный - истерический - неустойчивый - синтонно-стеничный - синтонно-конформный 	0,0 1,0 2,0 3,0 -5,0 -10,0 6,0 4,0
4.	Изменение характера опьянения: <ul style="list-style-type: none"> - отсутствует или умеренно выраженное - сильно выраженное 	1,0 -3,0
5.	Продолжительность терапевтических ремиссий в прошлом: <ul style="list-style-type: none"> - не было - до 6 месяцев - 6 месяцев и более 	-5,0 -1,0 4,0
6.	Спонтанные ремиссии в прошлом: <ul style="list-style-type: none"> - не было - до 6 мес. - 6 месяцев и более 	-1,0 2,0 5,0
7.	Частота проявлений патологического влечения к алкоголю /ПВА/: <ul style="list-style-type: none"> - ПВА не проявляется - эпизодическое ПВА - постоянное ПВА 	7,0 -4,0 -10,0
8.	Характер ПВА: <ul style="list-style-type: none"> - обсессивное - пароксизмальное - сверхценное 	2,0 -1,0 -7,0
9.	Депрессия: <ul style="list-style-type: none"> - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная 	2,0 -1,0 -10,0
10.	Дисфория <ul style="list-style-type: none"> - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная 	4,0 -4,0 -6,0
11.	Внутреннее напряжение <ul style="list-style-type: none"> - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженное 	3,0 -2,0 -6,0
12.	Психопатоподобные нарушения <ul style="list-style-type: none"> - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженные 	3,0 -2,0 -6,0
13.	Психоорганические нарушения <ul style="list-style-type: none"> - отсутствие - слабая степень выраженности - умеренно и сильно выраженные 	1,0 -2,0 -6,0

14.	Астения - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно – сильно выраженная	4,0 -3,0 -4,0
15.	Критика к болезни - полная - частичная - отсутствует	6,0 -1,0 -9,0
16.	Установка на трезвость - твердая - формальная - нет	6,0 -7,0 -8,0
17.	Изменения личности в ремиссии - по истерическому типу - по сенситивному типу - по эпилептическому типу - адекватное усиление уверенности в себе - переоценка собственной личности - возвращение к преморбидной норме	-8,0 0,0 0,0 6,0 -5,0 7,0
18.	Сенсибилизирующая терапия - применяется - не применяется	1,0 -4,0
19.	Психотропные препараты - больной принимает - больной не принимает	7,0 -5,0
20.	Выраженность эмоционального компонента синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА) - отсутствует - легкая степень выраженности - средняя и тяжелая степень выраженности	6,0 1,0 -6,0
21.	Выраженность вегетативного компонента синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА) * - отсутствует - легкая степень выраженности - средняя и тяжелая степень выраженности	7,0 2,0 -5,0
22.	Выраженность идеаторного компонента синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА) * - отсутствует - легкая степень выраженности - средняя и тяжелая степень выраженности	3,0 -3,0 -7,0
23.	Выраженность поведенческого компонента синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА) * - отсутствует - легкая степень выраженности - средняя и тяжелая степень выраженности	4,0 -2,0 -7,0

* - по модифицированной шкале В.Б. Альтшулера, Н.В. Чередниченко (приложение 1)

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ШКАЛА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОСТИ
РЕМИССИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
(В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЭТАПА
СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ)

Описание прогностически значимых признаков

1. Тип течения заболевания.

- умеренно-прогредиентный
- выраженно-прогредиентный

При умеренно-прогредиентном типе алкогольной зависимости (АЗ) формирование алкогольного абстинентного синдрома (ААС) занимает от 5 до 10 лет, при выражено-прогредиентном – менее 5-ти лет. После формирования ААС тяжесть течения болезни определяется выраженностью собственно аддиктивной симптоматики (характером патологического влечения к алкоголю, тяжестью интоксикации, наличием измененных форм опьянения, наличием различной психопатологической симптоматики, появлением признаков токсической энцефалопатии, соматическими нарушениями).

2. Личностные девиации в преморбиде.

- отсутствуют
- акцентуация
- психопатия

Речь идет о наличии дисгармонического склада личности в преморбиде.

Прогностически неблагоприятным признаком является *психопатия* – патологическое состояние, проявляющееся дисгармоническим складом личности, и диагностирующееся на основании 3-х основных критериев (по П.Б. Ганнушкину), суть которых позднее обозначили как тотальность и относительная стабильность патологических черт, выраженных до степени, нарушающей социальную адаптацию (по О.В. Кербикову). Личностные девиации представляют собой комплекс глубоко укоренившихся, ригидных и дезадаптивных личностных черт, обуславливающих специфическое восприятие и реагирование, снижение социального приспособления.

В отличие от патологических психопатических состояний личности, крайние варианты нормы, определенные понятием «*акцентуированной личности*» (по К. Leonhard) или «*акцентуации характера*» (по А.Е. Личко), имеют меньшее прогностическое значение.

3. Конституционально-личностный тип.

- астенический
- гипертимный
- шизоидный
- эпилептоидный
- истерический
- неустойчивый
- паранойяльный
- синтонно-стеничный
- синтонно-конформный

Анализируются конституционально-личностные особенности пациента, которые П.Б.Ганнушкин, не считая их болезненными состояниями, относил к определенным личностным «кругам» (шизоидная конституция, эпилептоидная конституция и т.д.). Классификация конституционально-личностных типов основана на теоретических концепциях и клинических наблюдениях, объединяющих биологические, психологические и социальные факторы.

Не существует определенного конституционально-личностного типа, абсолютно детерминирующего развитие алкогольной зависимости. «Алкогольная личность» формируется вследствие болезненных вторичных изменений, которые могут преобразить любой тип личности. Но отмечается различная предрасположенность, влияющая на вероятность развития заболевания и прогноз его течения. Особенно неблагоприятными для прогноза являются акцентуации и психопатии неустойчивого и истероидного круга.

Астенический конституционально-личностный тип характеризуется удлинёнными пропорциями тела с узкими плечами, плоской грудной клеткой с острым реберным углом; слаборазвитой мускулатурой, пониженным питанием. Астеники отличаются чувствительностью, впечатлительностью, моторной неловкостью, склонностью к повышенной утомляемости при нагрузках, как правило, невысокой самооценкой, застенчивостью. В поведении, общении астеники – тихие, спокойные, мягкие.

Гипертимные личности характеризуются почти всегда хорошим, даже приподнятым настроением, высоким жизненным тонусом, хорошим самочувствием, выносливостью, уверенностью в себе, устойчиво высокой самооценкой. В поведении гипертимные личности – веселые, остроумные, живые, общительные, быстро вступают в приятельские отношения, но нередко – поверхностные, без глубоких и длительных привязанностей. Эмоциональные реакции характеризуются яркостью и непродолжительностью. Нередко наблюдаются пикнические пропорции тела с тенденцией к избыточному весу.

Шизоидные личности отличаются замкнутостью, некоторой отгороженностью от окружающего, сниженной потребностью в общении; в поведении – сдержанностью, холодностью, трудностью установления контактов с людьми, слабостью эмоционального резонанса.

Эпилептоидный характеризуется развитостью мускулатуры, скелета, выраженным проявлением инстинктивной сферы, медлительностью, тяжеловесностью моторики, инертностью мышления, приверженностью к правилам, порядку, аккуратности, склонностью к сильным и продолжительным аффектам, которые лишь при первом впечатлении кажутся внезапными.

Истерическим личностям свойственны эгоцентризм и высокий уровень притязаний, стремление быть в центре внимания, демонстрировать свое превосходство, вызывать чувства удивления и восхищения, пользоваться признанием. Эмоциональная экспрессия чрезмерно яркая, театральная.

Неустойчивые личности характеризуются повышенной тягой к развлечениям, удовольствиям, праздности, ярким и необычным впечатлениям; неустойчивостью эмоций, интересов, привязанностей, избеганием трудностей и испытаний, уклонением от обязательств и нагрузок. Неустойчивые личности тяготеют к одиночеству, стремятся к общению ради новых впечатлений и удовольствий. Снижена способность к волевым усилиям, самостоятельным занятиям, выработке стойкого жизненного стереотипа.

Паранойяльный конституционально-личностный тип имеет следующие особенности: склонность к формированию сверхценных идей, имеющих доминирующий характер, влияющих на поведение; повышенное самомнение, упорство в защите своих взглядов; подозрительность, недоверчивость.

Синтонно-стеничному свойственны созвучность эмоций, их соразмерность и соответствие реальной действительности, способность к эмпатии (постижению эмоционального состояния другого человека сопереживанием); общительность, энергичность, целеустремленность

Синтонно-конформным личностям свойственны соответствие, созвучность эмоций стимулам реальной действительности с тенденцией изменять свое поведение под влиянием других людей таким образом, чтобы оно соответствовало мнениям, ожиданиям и требованиям окружающих.

4. Изменение характера опьянения.

- *отсутствует*
- *умеренно выраженное*

Изменения характера алкогольного опьянения отсутствуют при употреблении алкоголя, преобладает эйфория, отмечаются повышенное настроение, уверенность в себе, оптимистический настрой, приятные чувства мышечного расслабления и физического комфорта.

Умеренное изменение характера алкогольного опьянения – сокращается период благодушно-эйфорического настроения, преобладает раздраженное и раздраженно-пониженное настроение. В других случаях приподнятое настроение сменяется повышенно-дурашливым настроением, сопровождающимся речедвигательным возбуждением, расторможенностью.

Выраженное изменение – с самого начала опьянение проявляется нарастающей угрюмой озлобленностью и напряжением, ощущением общего дискомфорта, повышенной конфликтностью, агрессивностью в отношении себя и окружающих.

Наличие выраженного изменения характера алкогольного опьянения свидетельствует о появлении признаков токсической энцефалопатии.

5. Продолжительность терапевтических ремиссий в прошлом.

- *не было ремиссий*
- *ремиссии до 6 мес.*
- *от 6 месяцев и более.*

Ремиттирующее течение алкогольной зависимости носит обычно сравнительно доброкачественный характер.

6. Спонтанные ремиссии в прошлом.

- *не было*
- *продолжительностью до 6 мес.*
- *продолжительностью от 7 и более.*

Наличие длительных спонтанных (не связанных с терапевтическим вмешательством) ремиссий свидетельствует обычно об относительно доброкачественном течении болезни.

7. Частота проявлений патологического влечения к алкоголю (ПВА).

- *нет проявлений ПВА*
- *эпизодические ПВА*
- *постоянное ПВА*

ПВА – является стержневым синдромом алкогольной зависимости. Под первичным ПВА понимается имеющая доминирующий характер и возникающая в

трезвом состоянии, вне рамок ААС потребность приводить себя в состояние алкогольного опьянения с целью устранения психического и сомато-вегетативного дискомфорта или для достижения эйфоризирующего эффекта.

Отсутствие проявлений ПВА констатируется как по субъективной оценке больного, так и по наблюдениям врача – оценке его эмоционального состояния и реагирования пациента, мимических и вегетативных реакций (при затрагивании алкогольной темы в беседе), характера воспоминаний и сновидений, мыслей, представлений о своем состоянии, отношении к алкоголю, перспективам трезвости.

Эпизодическое влечение к алкоголю – спонтанно возникающие или спровоцированные внешними обстоятельствами эпизоды (периоды разной продолжительности) проявлений ПВА – желания «выпить», сомнений в необходимости сохранения абсолютной трезвости, воспоминаний о приятных эффектах алкоголя, как правило, с элементами внутренней борьбы, противодействия влечению. Возможна цикличность развития эпизодов влечения к алкоголю. Отмечаются постепенно проявляющееся и импульсивное влечение к алкоголю в зависимости от внезапности возникновения и скорости нарастания его интенсивности.

Постоянное влечение к алкоголю – проявления влечения к алкоголю имеют стойкий, постоянный характер – навязчивые мысли об алкоголе, сомнения в собственных возможностях сохранять трезвость, утомительное, тягостное противоборство желанию «выпить» или разностороннее положительное отношение к алкоголю, напоминающее «принцип», «мировоззрение», концентрация интересов на алкоголе, оппозиционность и враждебность к попыткам извне навязать трезвость, своеобразный фатализм, покорность судьбе, в которой алкоголь занимает неоспоримое доминирующее место, постоянная готовность «забыть обо всем и выпить уже теперь».

8. Характер ПВА.

- *обсессивное*
- *компульсивное*
- *сверхценное*

Обсессивное ПВА является парциальным, отделенным от личности, встречает сопротивление со стороны личности, служит источником внутренней напряженности и утомительной борьбы за сохранение трезвости. Больной способен осознавать проявления ПВА, констатировать наличие у себя ПВА. Стойкие воспоминания, размышления о спиртном, яркие и мучительно влекущие представления о выпивке, сомнения в собственных силах и возможностях справиться с проблемой с элементами внутренней борьбы, противодействия влечению сближают эту форму ПВА с навязчивыми явлениями. Навязчивое желание употребить алкоголь контролируется больным.

Пароксизмальное ПВА характеризуется высокой интенсивностью влечения к алкоголю с большим градиентом его нарастания - острым, иногда внезапным развитием приступов сильного влечения к спиртному, которое часто сопровождается тягостным эмоциональным состоянием (тревогой, тоской, внутренним напряжением), вегетативными расстройствами (побледнением или покраснением кожи, тахикардией, сердцебиением). Идеаторный компонент синдрома ПВА обычно редуцируется вплоть до отсутствия у больного во время приступа каких-либо размышлений, сомнений, критической оценки своих действий. Возможность контроля употребления алкоголя утрачивается.

Сверхценное ПВА является генерализованной формой влечения, особенностями которой являются овладение интересами, мыслями, представлениями больного, оказание сильнейшего влияния на его поведение, тематику воспоминаний, сновидений, оценку человеческих достоинств, общее мировоззрение. Попытки лишения возможности употреблять алкоголь вызывают активный протест, расцениваются как покушение на права, свободу; степень овладения ПВА чувствами, представлениями и стремлениями личности соответствует сверхценным переживаниям.

9. Степень выраженности сниженного настроения.

- *отсутствует снижение настроения*
- *легкая степень снижения настроения*
- *умеренная степень и выраженное снижение настроения*

Легкая степень снижения настроения – пасмурный внешний вид, печальное настроение, неразговорчивость. Отсутствие двигательной и идеаторной заторможенности

Умеренная степень снижения настроения – медлительность, фиксация на жизненных невзгодах, собственных неудачах, понесенных обидах, ранимость.

Выраженное снижение настроения – подавленность, сниженная самооценка, пессимизм.

10. Степень выраженности дисфории.

Дисфория – аффективное нарушение, характеризующееся сочетанием сниженного настроения и раздражения – от сниженного настроения с недовольством тем, что происходит вокруг до тоскливо-злобного состояния с агрессивными тенденциями.

- *отсутствие дисфории*
- *легкая степень выраженности дисфории*
- *умеренная степень и выраженная дисфория*

Легкая степень выраженности дисфории – недовольство, ворчливость, раздражительность, угрюмый вид.

Умеренная степень выраженности дисфории – напряженность, раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетенности.

Выраженная дисфория – ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетенности, напряженность, взрывчатость, агрессивность.

11. Внутреннее напряжение.

- *нет*
- *легкая степень выраженности внутреннего напряжения*
- *умеренное и выраженное внутреннее напряжение*

Легкая степень выраженности внутреннего напряжения – затруднения расслабления, перехода от активной деятельности, внутренней собранности, мобилизации к отдыху, психологической разгрузке, разрядке.

Умеренное внутреннее напряжение – пребывание в состоянии психофизической мобилизации, заметная напряженность мышц тела, особенно – мимических (напряженное выражение лица).

Выраженное внутреннее напряжение – «стесненность», «зажатость» дыхания, «мышечная броня», сравнение своего состояния со «сжатой пружиной».

12. Степень выраженности психопатоподобных расстройств – характерологических изменений в виде нарушений эмоциональной реактивности, непостоянства, неустойчивости характера, неустойчивости мотивов и побуждений; роста эгоцентризма, поведенческих нарушений с неуживчивостью, конфликтностью,

безответственностью, ухудшением социальной адаптации. Расстройства вызываются дополнительными патогенными факторами.

- *отсутствие психопатоподобных расстройств*
- *легкая степень выраженности психопатоподобных расстройств*
- *умеренные и выраженные степени психопатоподобные расстройства*

Легкая степень выраженности психопатоподобных расстройств – изменение эмоциональной реактивности в виде повышения эмоциональности, лёгкости возникновения аффектов, их патологической подвижности – лабильности или застреваемости; неустойчивость мотивов и побуждений, отсутствие постоянства в поведении при одинаковых внешних обстоятельствах.

Умеренная степень выраженности психопатоподобных расстройств – нарастание роли случайных ассоциаций, а также – ПВА и связанных с ним мотивов в ситуациях выбора; появление неустойчивости, напряженности, конфликтности во взаимоотношениях с людьми при отсутствии грубых нарушений системы отношений и ценностей.

Выраженные степени психопатоподобных расстройств - дисгармоничность личности в виде неадекватной раздражителям эмоциональной реактивности, неустойчивости и крайней истощаемости побуждений и мотивов, непредсказуемости поступков, выраженного эгоцентризма, уменьшения мотивов долженствования (долга), ослабления и разрушения социальных связей.

13. Степень выраженности психоорганических расстройств.

- *психоорганические нарушения не отмечаются*
- *легкая степень выраженности психоорганических нарушений*
- *умеренная и выраженная степень психоорганических нарушений*

Отсутствие психоорганических нарушений проявляется в сохранности интеллектуальной сферы (памяти, внимания, способности к обобщению, абстрагированию), нормальной трудоспособности, отсутствии торпидности, обстоятельности мышления, повышенной утомляемости, выраженных эмоциональных расстройств, особенно - дисфорического радикала.

Легкая степень выраженности психоорганических нарушений – своеобразная лень мышления, вялость интеллекта (избегание освоения новой информации, уклонение от трудных заданий, тяготение к стереотипности мышления, штампам).

Умеренная степень выраженности психоорганических нарушений – падение способности к сосредоточению, активному, волевому напряжению в процессе мышления, повышенная истощаемость при умственной работе, некоторое ухудшение памяти. Снижение работоспособности, особенно - способности к творческому труду. Эмоциональная неуравновешенность, раздражительность, склонность к дисфорическим реакциям.

Выраженная степень психоорганических нарушений – выраженные нарушения памяти с элементами ложных воспоминаний (при заданиях на запоминание ряда слов больные воспроизводят не предъявлявшиеся слова), деавтоматизация привычных ранее интеллектуальных действий (то, что раньше решалось легко и быстро, требует тщательного и последовательного осмысления). В мышлении преобладают поверхностные ассоциации; отмечаются конкретность мышления, трудности абстрагирования, высокая утомляемость, значительное снижение умственной трудоспособности. Утрата способности к дифференцированной оценке ситуации, отношений с окружающими. Выраженные эмоциональные расстройства различных радикалов - эмоциональное уплощение, апатичность или угрюмость, злобность.

Крайними формами алкогольной деградации по органическому типу являются псевдопаралитический и псевдотуморозный синдромы. При псевдопаралитическом синдроме на первый план выступают благодушие, болтливость, хвастовство при полной утрате критического отношения к своему состоянию. При псевдотуморозном синдроме наблюдаются апатичность и эмоциональная тупость.

14. Степень выраженности астенических расстройств.

Астения - состояние повышенной психической и физической истощаемости с аффективной неустойчивостью при преобладании сниженного настроения.

- *отсутствие астенических расстройств*
- *легкая степень выраженности астенических расстройств*
- *умеренная и выраженная степень астенических расстройств*

Отсутствие астенических расстройств - отсутствие повышенной утомляемости и аффективной лабильности.

Легкая степень выраженности астенических расстройств - повышенная утомляемость, проявляющаяся при нагрузках, раздражительность, отмечающаяся при утомлении, эмоциональном напряжении.

Умеренная степень выраженности астенических расстройств – сниженный тонус в первой половине дня, затруднение засыпания, эмоциональная лабильность.

Выраженная степень астенических расстройств – стойкое ощущение утомленности, «хронической усталости», общей слабости; раздражительность, бессонница, рассеянность внимания, сниженный фон настроения, признаки вегетативной дистонии (чувствительность к метеофакторам, головные боли, потливость).

15. Критическое отношение к болезни.

- *полное*
- *частичное*
- *отсутствует*

Критическое отношение к болезни и установка на трезвость оценивались по критериям, отражающим степень осознания заболевания и необходимости отказа от алкоголя.

Критическое отношение к болезни считалась:

Полным, – если у больного отмечались безоговорочное принятие факта заболевания алкоголизмом и адекватная оценка связи соответствующих медицинских, психологических и социальных проблем с алкоголизмом.

Частичным – при признании себя больным в порядке уступки врачу, окружающим, с тенденцией отнести часть создаваемых алкоголизмом проблем на счет других обстоятельств и попытками оправдать пьянство различными провоцирующими моментами. При этом отмечают готовность отнести к разряду болезненных лишь часть патологических проявлений (соматических, психопатологических) и недооценка конкретных социальных последствий алкоголизма.

Отсутствующим – в случае отрицания болезни и нежелании или неспособности анализировать характер имеющихся болезненных симптомов и их связь со злоупотреблением алкоголем.

16. Установка на трезвость.

- *твердая*
- *формальная*
- *отсутствует*

Установка на трезвость считается *«твердой»*, *убедительной* – при осознанном желании вести трезвую жизнь с пониманием сложности проблемы и готовностью решать эти проблемы;

формальной - при декларировании желания вести трезвую жизнь без попыток обдумывания связанных с этим проблем и понимания своей роли в их решении;

отсутствующей - когда выявлено намерение «пить как все», имеют место факты нарушения режима трезвости на фоне лечения с попытками сокрытия этого от медперсонала, отсутствует критика к употреблению алкогольного напитка, сохраняется иллюзия возможности «умеренного беспроблемного употребления алкоголя».

17. Характер изменений личности в ремиссии.

- по истерическому типу
- по сенситивному типу
- по эпилептическому типу
- возвращение к преморбидной норме
- изменение самооценки в виде:
 - адекватного усиления уверенности в себе
 - переоценки собственной личности.

Истерические изменения личности в ремиссии - появление или усиление черт эгоцентризма, стремления к привлечению внимания, признанию; в поведении - претенциозности, демонстративности, позерства, гиперболизации и расцветивании своих переживаний, театральности и рисовке.

Сенситивные астенические изменения личности в ремиссии - развитие и (или) усиление астенического синдрома - повышенной впечатлительности и чувствительности со значительной психической истощаемостью и утомляемостью, чаще с преобладанием ирритативного компонента - раздражительности, с вегетативными нарушениями, расстройствами сна. Астено-субдепрессивные нарушения могут сопровождаться навязчивыми фобическими расстройствами, приобретать ипохондрическую окраску. Проявления возбудимости, взрывчатости неярки и непродолжительны вследствие истощаемости и отсутствия вязкости аффекта.

Эпилептоидные изменения личности в ремиссии - проявления психической ригидности в виде устойчивости привязанностей и интересов, тщательности выполняемой работы, пунктуальности, педантичности, гиперсоциальности, высокой требовательности к соблюдению справедливости, установленных правил и законов; усиление раздражительности, повышенной требовательности к окружающим, обидчивости, подозрительности.

Возвращение к преморбидной норме - редукция, полное исчезновение привнесенных болезнью характерологических изменений, восстановление нарушенных межличностных отношений, адаптационных способностей.

Изменение самооценки:

Адекватное усиление уверенности в себе - адекватное повышение самооценки по мере улучшения общего самочувствия и работоспособности, совладания с проявлениями влечения к алкоголю, налаживания отношений в семье, стабилизации ситуации на работе, улучшения материального положения, профессионального и служебного роста, успехов в карьере.

Переоценка собственной личности - проявления неоправданной самонадеянности, уклонение, отказ от сотрудничества с другими больными, от

психологической поддержки, терапевтической помощи при решении алкогольной и прочих проблем, завышенная самооценка, критичное, снисходительно-ироничное отношение к окружающим, демонстрации своего превосходства.

18. Сенсibiliзирующая терапия.

Факт (или его отсутствие) проведения сенсibiliзирующей терапии.

- *применяется*
- *не применяется*

19. Применение психотропных препаратов (нейролептиков, антидепрессантов, нормотимиков).

- *применяются*
- *не применяются*

20. Выраженность эмоционального компонента синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА) в баллах (приложение 1).

- *отсутствие - 0 баллов*
- *легкая степень выраженности - 1 балл*
- *средняя степень выраженности - 2 балла*
- *тяжелая степень выраженности - 3 балла*

21. Выраженность вегетативного компонента синдрома ПВА в баллах (см. приложение 1).

- *отсутствие - 0 баллов*
- *легкая степень выраженности - 1 балл*
- *средняя степень выраженности - 2 балла*
- *тяжелая степень выраженности - 3 балла*

22. Выраженность идеаторного компонента синдрома ПВА в баллах (см. приложение 1).

- *отсутствие - 0 баллов*
- *легкая степень выраженности - 1 балл*
- *средняя степень выраженности - 2 балла*
- *тяжелая степень выраженности - 3 балла*

23. Выраженность поведенческого компонента синдрома ПВА в баллах (см. приложение 1).

- *отсутствие - 0 баллов*
- *легкая степень выраженности - 1 балл*
- *средняя степень выраженности - 2 балла*
- *тяжелая степень выраженности - 3 балла*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Прогностические факторы были получены на основе изучения 217 больных алкогольной зависимостью.

В соответствии с катамнестическими данными, информации о длительности ремиссии, больные обучающей выборки численностью 144 человека были разделены на 2 группы: первая (79 человек) – с ремиссиями более 1 года и вторая (65 человек) – с ремиссиями менее 1 года. Эти группы были сопоставлены по 310 характеристикам для выявления с помощью критериев Фишера и Стьюдента статистически значимых различий частот и средних величин (для количественных признаков). Прогностическая ценность признаков определялась с помощью информационной

меры Кульбака. Для построения прогностического правила был использован один из методов теории вероятностей – правило Байеса.

На обучающей группе численностью 144 человека результаты работы решающего правила следующие:

- в 70,6% случаев правильность вычислительного прогноза подтверждена;
- в 18,2% случаев - прогноз неопределенный;
- в 11,2% случаев - прогноз ошибочный.

Эффект разработанного решающего правила был проверен и подтвержден в контрольной группе больных численностью 73 человека с результатами: правильность вычислительного прогноза подтверждена в 70,4% случаев; в 12,7% - прогноз неопределенный; в 16,9% - прогноз ошибочный.

Предложенный инструмент математического прогнозирования помогает сфокусировать внимание врача на определенных наиболее прогностически значимых характеристиках, имеющих количественное выражение, получить интегральную оценку статуса больного и использовать решающее правило построения прогноза. Прогнозирование динамики состояния больного является неотъемлемой частью повседневной работы врача-нарколога и приобретает особую значимость при решении, например, таких вопросов как выбор условий лечения (амбулаторное или стационарное); определение оптимальной продолжительности пребывания в клинике, разработка реабилитационной программы наблюдения и лечения больного в период после выписки с различной регулярностью встреч с врачом, психотерапевтических мероприятий, индивидуальным подбором вида и интенсивности биологической терапии.

**КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ
ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ (ПВА)
У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

(модифицированный вариант)

Оценочный глоссарий по В.Б. Альтишулеру и Н.В. Чередниченко для динамического наблюдения за состоянием больных алкогольной зависимостью в ремиссии.

Квантификация аффективного компонента

(отсутствие эмоциональных расстройств 0 баллов)

1. Субдепрессивное состояние

- а). Пасмурный внешний вид, печальное настроение, неразговорчивость 1 балл
- б). Медлительность. Фиксация на жизненных невзгодах, собственных неудачах, понесенных обидах. Ранимость 2 балла
- в). Подавленность, жалобы на плохое настроение, сниженная самооценка, пессимизм..... 3 балла

2 Тревога

- а). Озабоченность по различным конкретным поводам..... 1 балл
- б). Мрачные предчувствия, пугающая неопределенность будущего, неуверенность в собственных силах..... 2 балла
- в). Напряженное ожидание надвигающегося срыва. Ощущение беспомощности. Не находит себе места, неусидчив, беспокоен, назойлив..... 3 балла

3. Эмоциональная лабильность.

- а). Слезы и омраченность только при обсуждении неприятных для больного вопросов. Перепады настроения незначительны и непродолжительны..... 1 балл
- б). Вздошность и слезы в течение всей беседы и некоторое время после нее..... 2 балла
- в). Обидчивость, капризность, слезливость в течение всего дня..... 3 балла

4 Дисфория

- а). Недовольство, ворчливость, угрюмый вид, мрачное настроение..... 1 балл
- б). Напряженность, раздражительность, ощущение внутреннего дискомфорта, чувство угнетенности..... 2 балла
- в). Подавленность, напряженность, взрывчатость, агрессивность..... 3 балла

5 Эйфория.

- а) Чувство довольства, благодушие..... 1 балл
- б). Шутливый тон в общении, легковесность суждений, легкость восприятия жизни и своих проблем..... 2 балла
- в). Беспечность, отвлекаемость, самонадеянность, неоправданный оптимизм 3 балла

6. Апатия.

- а) "Автоматическое", «механическое» выполнение своих дел, обязанностей, отношение к ним как к вынужденной необходимости. Пассивность, безынициативность..... 1 балл
- б). Жалобы на скуку, однообразие жизни. Избегает общения, всякой деятельности из-за отсутствия интереса..... 2 балла
- в) Безразличие к окружающему, себе самому. Заявление, что «ничто не интересует, ничего не хочется». Нежелание чем-либо заниматься. Стремление к залеживанию в постели. Перестает следить за собой, становится неряшливым..... 3 балла

Особенностью аффективных расстройств у больных с алкогольной зависимостью является их комбинированный характер - сочетание аффективных различных радикалов, эмоциональная амбивалентность и лабильность. В клинической практике при обострении ПВА чаще приходится иметь дело со смешанными состояниями, включающими тревогу, субдепрессию, раздражительность (иногда - на фоне эйфории), апатию. Поэтому в нашем исследовании балльная оценка эмоциональных расстройств соответствует максимальной степени выраженности какого-либо доминирующего радикала в указанном спектре и варьирует в пределах от 0 (отсутствия эмоциональных расстройств) до 3-х баллов (максимальной степени выраженности).

Квантификация вегетативного компонента синдрома ПВА

(отсутствие вегетативных проявлений ПВА.....0 баллов)

1. *Мимические реакции.*
 - а). Оживление мимических реакций, эмоциональное оживление при обсуждении алкогольных тем.....1 балл
 - б). Блеск глаз, побледнение или покраснение кожи лица при обсуждении алкогольных тем.....2 балла
 - в). Гиперсаливация, появление глотательных движений при обсуждении алкогольных тем.....3 балла
2. *Изменение аппетита*
 - а). Неустойчивость аппетита.....1 балл
 - б). Стойкое снижение или повышение аппетита.....2 балла
 - в). Анорексия, булимия. Жажда.....3 балла

Вегетативный компонент синдрома ПВА сопутствует эмоциональным расстройствам, поскольку эти сферы имеют тесное сродство. Балльная оценка вегетативных расстройств соответствует максимальной степени выраженности каких-либо из представленных в шкале проявлений и варьирует в пределах от 0 (отсутствия вегетативных расстройств) до 3-х баллов (максимальной степени выраженности).

Квантификация идеаторного компонента синдрома ПВА

(отсутствие идеаторных проявлений ПВА.....0 баллов)

- а). Эпизодически появляющиеся мысли (воспоминания) о спиртном.....1 балл
- б). Частые возвращения к мыслям о спиртном.....2 балла
- в). Постоянные размышления о спиртном.
Сверхценное отношение к алкоголю.....3 балла

В нашем исследовании при квантифицированной оценке идеаторного компонента ПВА оценивалась прежде всего симптоматика, отражающая непосредственное отношение к алкоголю (только этот показатель включался в интегральный балл выраженности идеаторного компонента ПВА). Учитывая, что отношение к болезни и лечению определяется, обуславливается не только влечением к алкоголю, но и особенностями личностной переработки различного объема и уровня информации, действием механизмов психологической защиты, симптоматика, отражающая отношение к болезни и лечению оценивалась отдельно.

Квантификация поведенческого компонента синдрома ПАВ.

(отсутствие поведенческих проявлений ПАВ.....0 баллов

- 1) Смакование алкогольной тематики в беседах. Гиперактивность и хлопотливость в попытках отвлечься от мыслей о спиртном. Несобранность, забывчивость, непоседливость. Горячность, показной пафос в осуждении пьянства. Спокойная констатация сновидения с алкогольной тематикой, могут быть трудности при его воспроизведении.....1 балл
- 2) Суетливость, рассеянность, медленное осмысление вопросов, затруднение переключения на другие темы, неустойчивость и непоследовательность в делах, недовольство режимом отделения. Изменение круга общения (общение с больными, не настроенными на лечение). Фиксация на алкогольной тематике в беседах. Яркое алкогольное сновидение, оставляющее сильное впечатление. Оживление мимических реакций при воспроизведении содержания сна.....2 балла
- 3) Враждебность, оппозиция к лицам, навязывающим трезвость. «Эксперименты» с алкоголем, обращения с жалобами на тягу к спиртному. Стремление немедленно выписаться. Яркие, будоражащие алкогольные сновидения3 балла

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80

Адрес: Санкт-Петербург, ул.Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева

Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: Методические рекомендации / СПб. науч.-иссл. психоневрол. инт-т им.В.М.Бехтерева; Авторы-сост.: О.О.Ерышев и др. – СПб., 2006. – 20 с.

Подписано в печать 07.12.2006. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета

в типографии СПб НИПНИ им В.М.Бехтерева

Печать ризографическая.

Заказ № 80. Тираж 300 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М.Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д.3, тел. 365-20-80