



**Клинические и социально-психологические
критерии оценки реадaptации больных
алкогольной зависимостью
на этапах становления ремиссии**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

**Клинические и социально-психологические
критерии оценки реадaptации больных
алкогольной зависимостью
на этапах становления ремиссии**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2012

Аннотация

В пособии представлен комплексный подход оценки клинико-динамических показателей и характеристик социального и лично-отно-психологического функционирования больных АЗ в ремиссии, который дает общее представление о качестве ремиссии. Предлагаются квантифицированные диагностические инструменты, позволяющие уточнять клинико-динамические характеристики ремиссии, определять выраженность реадaptации больных АЗ, выделять группу риска, требующую наиболее пристального внимания. Анализируются соотношения клинико-динамических характеристик, объективных показателей социального функционирования и субъективного восприятия качества жизни.

Пособие может быть полезным для врачей – психиатров наркологов, поскольку рекомендуемый комплексный подход оценки уровня реадaptации больных АЗ в ремиссии расширяет возможности оценки эффективности лечения, определения мишеней терапии, выбора путей реабилитационной работы.

Настоящее пособие составлено в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Авторы: с. н. с., к. м. н. Л.А. Дубинина, с. н. с., к. м. н. К.В. Рыбакова, вед. н. с., к. м. н. Т.Г. Рыбакова, асп. И.Ю. Бакман, специалист по биомедицинской статистике А.С. Киселев, гл. н. с., д. м. н., профессор О.Ф. Ерышев, руководитель отдела наркологии, д. м. н., профессор Е.М. Крупицкий

Введение

Повышение качества лечебно-диагностической и реабилитационной работы для больных с алкогольной зависимостью (АЗ) по-прежнему является актуальной проблемой наркологии. Это связано как с высокой распространенностью АЗ, так и с недостаточной готовностью специализированной службы к практическому решению задач эффективной психологической и социальной реабилитации больных (Иванец Н.Н., 1997, 2011; Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2000). Изменившиеся в нашей стране социально-экономические условия существенно повлияли на структуру и объем амбулаторной помощи больным алкоголизмом. Неполный охват больных АЗ диспансерным наблюдением, нередкие предложения краткосрочной, одномоментной помощи в значительной степени вытесняют комплексный подход к лечению этого заболевания. После проведения так называемых «сциентистки декорированных» методов (плацебо-опосредованной суггестии) без дальнейшего врачебного наблюдения больные АЗ не получают необходимого объема помощи, что ведет к прогрессированию болезненных расстройств (Крупницкий Е.М., 2008), хронизации депрессивных, особенно апатических, ангедонических состояний (Магалиф А.Ю., Магалиф А.А., 2003).

Вместе с этим отсутствуют единые и всесторонние показатели, отражающие динамику психического и социального статуса больных алкоголизмом в процессе лечения, в силу чего имеется насущная необходимость разработки критериев эффективности терапии и качества реадaptации больных алкоголизмом на различных этапах заболевания, в том числе – в ремиссии. В наркологии ремиссия у больных АЗ рассматривается как динамическое состояние с особыми закономерностями развития (Медико-психологические критерии..., 1987; Бокий И.В. и др., 1987; Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. 1996; Даренский И.Д., 2008) и определенной этапностью формирования. Выделенные в формировании ремиссии этапы становления, стабилизации и сформировавшейся ремиссии отражают процесс реадaptации больного к трезвому образу жизни в динамике. О.Ф.Ерышевым с сотрудниками (Прогнозирование длительности ремиссии..., 2006) разработана прогностическая шкала оценки длительности ремиссии на этапе становления ремиссии. Эта шкала может быть также использована и для оценки качества ремиссии, которое, наряду с ее продолжительностью, является наиболее важной характеристикой резуль-

татов терапии. Однако все показатели этой прогностической шкалы разработаны на основе клинической экспертной оценки и не учитывают субъективной оценки пациентом достигнутой трезвости. В то же время качество ремиссии, помимо таких показателей, как выраженность сохраняющейся психопатологической симптоматики, устойчивость самого состояния ремиссии и уровня социального функционирования, определяется также способностью пациента получать удовлетворение в различных сферах своей жизнедеятельности при отказе от алкоголя. Известно, что соблюдение длительной трезвости предъявляет обычно высокие требования к адаптивным возможностям и способностям личности больного. Имеются исследования, в которых показано, что «срывы» и рецидивы при алкоголизме находятся в прямой зависимости от наличия и степени выраженности нарушений адаптации в периоде ремиссии (Постнов В.В., 2003). Характеристикой, которая позволяет прогностически оценить способность больных к сохранению продолжительных ремиссий, реадаптации и возвращению к общественно полезной деятельности, является реабилитационный потенциал (Реабилитация наркологических больных..., 2006). Его оценка включает многие клиничко-психологические характеристики, отражающие личностные особенности пациента, раннее развитие, тип воспитания, динамику формирования основных симптомов заболевания, а также показатели актуального психического состояния и социального статуса, но не учитывает то, как больной АЗ субъективно воспринимает качество жизни в ремиссии.

Целью исследования является разработка комплексного подхода многомерной квантифицированной диагностики **объективного** уровня реадаптации больного АЗ в ремиссии, характеризующего качество ремиссии, с учетом субъективной оценки качества жизни больным АЗ.

Для оценки уровня реадаптации больного АЗ к трезвому образу жизни и качественных характеристик ремиссии предложен комплексный анализ трех следующих важнейших компонентов: уровень тяжести психопатологических расстройств в ремиссии, социальное функционирование и субъективная оценка качества жизни.

Задачами исследования были:

1. Оценка частоты и выраженности сохраняющихся психопатологических расстройств (клинического и субклинического уровня) на этапах становления и стабилизации ремиссии (т. е. в динамике).

2. Оценка уровня социального функционирования больных в основных сферах жизнедеятельности.
3. Анализ субъективного восприятия качества жизни.
4. Определение типологической структуры ремиссии с учетом клинических, психологических и социальных характеристик больных АЗ.

Методы оценки клинического и социального статуса больных АЗ в ремиссии

1. Оценка психического статуса проводилась с помощью трех основных и четырех дополнительных шкал.

1.1. Основные шкалы:

1.1.1. Шкала квантифицированной оценки выраженности психопатологических расстройств, специально разработанная для данного исследования. По этой шкале проводилась балльная оценка 12 клинических характеристик, в число которых были включены: компоненты патологического влечения к алкоголю (ПВА), критика к болезни, установка на трезвость, депрессия, тревога, дисфория, астения, проявления психоорганического синдрома и психопатоподобных нарушений (Приложение 1).

Интерпретационные интервалы интегрального показателя шкалы позволяют оценить уровень выраженности (тяжести) психопатологических расстройств в периоде ремиссии по следующей градации:

- показатели, близкие к нормативным, – 0 баллов;
- легкая степень выраженности – 1 балл;
- средняя и тяжелая степень выраженности – 2 балла.

1.1.2. Шкала общего клинического впечатления (GGI-Clinical Global Impression Scale) применялась для оценки тенденций динамики состояния и общей интегральной оценки клинического статуса (Guy W., 1976) с учетом таких психопатологических феноменов, как ангедония, апатия, невротические и ипохондрические расстройства.

1.1.3. Клиническая шкала оценки ПВА В.Б. Альтшулера (модификация: Ерышев О.Ф. и соавт.) была использована для комплексного анализа эмоционального, идеаторного, поведенческого и вегетативного компонентов ПВА (Альтшулер В.Б., 1996; Прогнозирование длительности ремиссии..., 2006).

1.2. Дополнительные шкалы (могут быть рекомендованы для факультативного использования). В дополнение к клиниче-

ской оценке для объективизации данных и выявления субклинических расстройств использовались следующие экспериментально-психологические методики.

1.2.1. Обсессивно-компульсивная шкала влечения к алкоголю (Приложение 3). Шкала предназначена для самооценки пациентом идеаторных проявлений отношения к алкоголю за последнюю неделю. Первые шесть пунктов шкалы оценивают выраженность проявлений первичного влечения к алкоголю, последующие (с 7 по 14) пункты – выраженность вторичного ПВА, возникающего в процессе употребления алкоголя. Ответы пациента на вопросы фиксируют частоту и продолжительность появления мыслей, побуждений, связанных с употреблением алкоголя, с оценкой того, насколько они мешали, вызывали стресс или беспокойство и сколько усилий приходилось прилагать для противостояния им. В работе с больными АЗ в ремиссии, то есть при сохранении трезвости, анализируются ответы на первые шесть вопросов. В случае возникновения рецидива, то есть при возобновлении употребления алкоголя, оцениваются характеристики вторичного влечения к алкоголю по 7–14 пунктам. Анализ особенностей отношения к алкоголю, проводимый самим пациентом, является как диагностическим тестом, так и обучающей самонаблюдению и рефлексии процедурой.

1.2.2. Шкала депрессии Бека (Бек А. и др., 2003; Beck A.T. et al., 1961) рекомендуется к использованию, так как при относительно невысоком уровне депрессии самооценочные шкалы могут быть чувствительнее, чем клинический метод. Известно, что в ремиссии важно учитывать возможность перехода ПВА в стертую латентную форму с отдельными рудиментарными проявлениями аффективных расстройств, которые могут являться внешним проявлением влечения к алкоголю (Бокий И.В., Цыцарев С.В., 1987; Альтшулер В.Б., 1996). В шкале Бека акцентируется внимание на когнитивно-эмоциональных аспектах аффективных нарушений, разделены когнитивные и соматические проявления депрессии. Первые 13 пунктов составляют когнитивно-аффективную субшкалу, последние восемь пунктов служат для оценки соматических проявлений депрессии.

1.2.3. Шкала тревоги Спилбергера–Ханина используется для уточнения структуры тревоги и оценки ее динамики у больных АЗ (Клинико-психологическая характеристика..., 1987).

1.2.4. Шкала анозогнозии М.В. Деминой (Демина М.В., 2005) применяется с целью более глубокого клинико-

психопатологического анализа феномена анозогнозии (отрицания болезни) и возможности более точной оценки анозогнозии в динамике (Приложение 4). Указанные в шкале М.В. Деминой характеристики отношения к болезни отражают чувственное переживание, интеллектуальную переработку и критическую оценку больным его болезни. В шкале приведена совокупность ключевых клинических показателей, отражающих особенности нарушения нозогнозии, адекватность и полноту нозогнозии, границы отрицания и признания болезни.

2. Оценка социального функционирования. Успешность социального функционирования у больных АЗ в ремиссии является важной характеристикой их реадaptации в условиях трезвого образа жизни. Нарушение функционирования больных в различных сферах жизнедеятельности и, как следствие, социальная дезадаптация отражают обычно тяжесть течения зависимости от алкоголя. В ремиссии восстановление социального статуса, позитивной социальной роли требует от больного изменения его взаимодействия с окружающей средой.

Шкала показателей социального функционирования у больных с синдромом зависимости Е.О. Бойко (Бойко Е.О., 2009; Приложение 5), использованная в настоящем исследовании, позволяет количественно оценить уровень социального функционирования в таких сферах, как трудовая деятельность, семейные отношения, контакты с друзьями и знакомыми, самообслуживание, структурирование свободного времени.

3. Оценка восприятия качества жизни больными АЗ в ремиссии. Субъективное восприятие качества жизни (КЖ) больными АЗ в ремиссии является важной характеристикой личностно-психологической реадaptации в условиях лишения алкоголя, который играл для ряда пациентов роль своеобразного «адаптогена». В ремиссии в наибольшей степени раскрываются содержательная, социальная и нормативно-ценностная стороны аддиктивного поведения вследствие возможного проявления депривации потребностей, которые удовлетворялись больным благодаря воздействию алкоголя. КЖ – важный диагностический критерий, представляющий субъективный взгляд пациента на проблему, информацию о его жизненной ситуации.

3.1. Шкала ВОЗКЖ-100 использовалась для оценки КЖ у больных АЗ в ремиссии (Использование опросника..., 1998; Применение «Я-структурного теста»..., 2003). Шкала позволяет оценить структуру восприятия индивидом его физического и психологиче-

ского состояния, уровня независимости, межличностных отношений и личных убеждений. Оценке подлежали 6 крупных сфер КЖ:

- *Физическая сфера*: Физическая боль и дискомфорт. Жизненная активность, энергия и усталость. Сон и отдых.
- *Психологическая сфера*: Положительные эмоции. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции). Самооценка. Образ тела и внешность. Отрицательные эмоции.
- *Уровень независимости*: Подвижность. Способность выполнять повседневные дела. Зависимость от лекарств и лечения. Способность к работе.
- *Социальные отношения*: Личные отношения. Практическая социальная поддержка. Сексуальная активность.
- *Окружающая среда*: Физическая безопасность и защищенность. Окружающая среда дома. Финансовые ресурсы. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество). Возможности для приобретения новой информации и навыков. Возможности для отдыха и развлечений и их использование. Окружающая среда вокруг (загрязненность, шум, климат, привлекательность). Транспорт.
- *Духовная сфера*: Духовность, религия, личные убеждения.

3.2. Прямая оценка КЖ проводилась по ответам пациентов на четыре «глобальных вопроса»:

- Насколько Вы удовлетворены своей жизнью на настоящий момент?
- Насколько Вы удовлетворены своей жизнью в целом?
- Насколько Вы удовлетворены своим здоровьем?
- Как Вы оцениваете качество своей жизни?

Оценка КЖ по четырем глобальным вопросам определяется как простая сумма из четырех слагаемых. Результаты исследования по шкале позволяют оценить не только удовлетворенность респондента различными аспектами жизни, но и его реальные возможности совладания с жизненными трудностями и проблемами в условиях лишения привычного «адаптогена».

3.3. Оценка соматической коморбидности. Помимо социальной дезадаптации, следствием хронической алкогольной интоксикации являются многочисленные висцеральные изменения, которые могут оказывать существенное влияние на общее состояние и удовлетворенность качеством жизни больных. Фактор общей соматической патологии, вызванной хронической алкогольной интоксикацией, обозначается как *индекс алкогольной сомати-*

ческой коморбидности (Malet L. et al., 2006) и измеряется количественно. В данном исследовании за индекс алкогольной соматической коморбидности было принято общее суммарное количество диагностированных соматических заболеваний, явившихся следствием хронической алкогольной интоксикации. К ассоциированным с алкоголизацией заболеваниям были отнесены гепатопанкреатит (гепатит, стеатоз или цирроз), атрофический гастрит, кардиальная патология (гипертензия, кардиомиопатия), неврологические поражения (полинейропатия и др.).

Уровни реадaptации больных АЗ в ремиссии. Варианты ремиссии

Анализ совокупной оценки трех выделенных диагностических блоков позволил выделить три уровня реадaptации больного АЗ в ремиссии. Квалификации *компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная* ремиссия предлагается использовать как интегральные характеристики ремиссий на основе проведения клинической диагностики, оценки уровня социальной адаптации по объективным показателям социального функционирования и личностно-психологической адаптации с учетом субъективной оценки пациентом КЖ как меры его удовлетворенности и благополучия в различных аспектах жизни.

1. Отсутствие проявлений дезадаптации в ремиссии определяется, когда, помимо стойкого сохранения трезвости, отмечаются приближение к норме клинических показателей по шкале комплексной оценки психопатологических расстройств в ремиссии, хороший уровень социального функционирования и положительные, на уровне хорошей нормы, с устойчивыми позитивными тенденциями субъективные оценки восприятия качества жизни в основных жизненных сферах. Ремиссия при этом характеризуется как *компенсированная*.

2. Легкий уровень нарушения реадaptации в ремиссии характеризуется сохранением психопатологических расстройств легкой степени выраженности. Они выражаются в виде эпизодических спонтанных или ситуационно спровоцированных аффективных и астенических нарушений, готовности пациентов реагировать на возникающие трудности появлением эпизодов актуализации ПВА, требующих мобилизации волевых усилий. Одновременно отмечается некоторое снижение уровня социального функционирования в какой-либо сфере жизнедеятельности, отсутствие

улучшений в восприятии качества жизни. Ремиссия характеризуется как *субкомпенсированная*.

3. Выраженный уровень нарушения реадaptации в ремиссии характеризуется актуальными психопатологическими расстройствами умеренной и выраженной степени, стойкими эмоциональными, астеническими расстройствами, вегетативными, идеаторными и поведенческими проявлениями ПВА, низким уровнем социального функционирования, высоким риском срыва, рецидива заболевания. Качество жизни характеризуется большим как плохое. Ремиссия при этом оценивается как *декомпенсированная*.

Особенности реадaptации больных АЗ

Особенности реадaptации больных АЗ в ремиссии изучены на материале комплексного многомерного анализа катamnестического проспективного исследования динамики состояния 80 больных АЗ в возрасте от 28 до 68 лет (средний возраст $46,6 \pm 0,8$) после прохождения стандартного стационарного курса лечения: 56 мужчин (70%) и 24 женщин (30%). Давность формирования ААС до 5 лет имела место у 33,8% больных (27 человек), от 6 до 10 лет – у 36,3% (29 человек) и более 10 лет – у 30% больных (24 человека). Тип течения АЗ в 38,8% случаев (31 человек) был определен как умеренно-прогредиентный, в 61,2% случаев (49 человек) был диагностирован выраженно-прогредиентный тип течения АЗ. В 27,5% (22 пациента) отмечалась постоянная форма употребления алкоголя, в 20% (16 пациентов) – перемежающаяся форма, в 51,3% – псевдозапойная форма (41 пациент) и в 1,2% (1 пациент) – употребление алкоголя по типу истинных запоев.

Особенности реадaptации больных АЗ в период становления ремиссии (ремиссия менее 6 месяцев)

1. Длительность ремиссии до 3 месяцев

Анализ состояния больных АЗ в период становления ремиссии показал актуальность проблемы сохранения психопатологических расстройств у значительной части больных. По квантифицированной шкале интегральной оценки выраженности психопатологических расстройств в периоде 3 месяцев ремиссии значительное улучшение, нормализация психического состояния отмечались лишь у 26% больных, легкий уровень психических нарушений сохранялся у 47% больных, умеренный уровень нарушений – у 27% больных. В первые три месяца после выписки из клиники у 56%

пациентов сохранялись эпизоды *идеаторных проявлений* ПВА (обсессивно-компульсивная шкала ПВА). Они проявлялись в виде мыслей и воспоминаний, связанных с алкоголем, чаще всего в провоцирующих алкогольных ситуациях, а также на фоне усталости, эмоционального напряжения или, наоборот, эмоционального подъема в случаях удачи, успеха. Клиническая оценка ПВА по шкале В.Б. Альтшулера показала взаимосвязь идеаторных проявлений ПВА с эмоциональными расстройствами различного спектра у 70% больных. Периодические сновидения алкогольного содержания отмечались у 27% больных, у которых при воспроизведении их сюжетов наблюдались заметные вегетативные реакции, эмоциональное и мимическое оживление.

По клинической врачебной оценке депрессивные расстройства диагностировались у 22% больных, при использовании шкалы депрессии Бека этот процент возрастал до 33,8%. При диагностике тревожных расстройств отмечалась аналогичная ситуация: клинически очерченные тревожные расстройства были обнаружены у 44% больных, при использовании шкалы Спилбергера-Ханина повышенная тревожность определялась у 70% больных. Подобное расхождение объясняется малой выраженностью эмоциональных расстройств у больных АЗ в ремиссии, носящих, как правило, стертый, субклинический характер. Характерной особенностью депрессивных нарушений, возникающих у больных АЗ в период становления ремиссии, является их статистически значимая связь с ПВА (коэффициенты корреляции Пирсона тяжести депрессии по шкале Бека и выраженности ПВА по шкале Альтшулера и обсессивно-компульсивной шкале соответственно: $R = 0,4$, $p = 0,001$; $R = 0,3$, $p = 0,01$).

У 48% больных в этом периоде ремиссии наблюдались дисфорические реакции в рамках психоорганического синдрома или в структуре психопатоподобных поведенческих расстройств. У 40% больных выявлялись астенические нарушения. Астенические нарушения находились в тесной взаимосвязи с выраженностью ПВА по шкале Альтшулера, а также с индексом алкогольной соматической коморбидности ($R = 0,4$, $p = 0,001$; $R = 0,3$, $p = 0,007$). Больные в начале ремиссии, как правило, начинают в большей степени ощущать свое соматическое неблагополучие по сравнению с периодом злоупотребления алкоголем. Личностные реакции при этом варьируют от развития повышенной тревоги, беспокойства по поводу здоровья, ипохондрических тенденций до формирования убеждения вреда для себя абсолютной трезвости с аргумента-

цией: «Когда пил, был здоровее». Критика к заболеванию по шкале Деминой достоверно ухудшалась по сравнению с состоянием перед выпиской из клиники (критерий Вилкоксона $Z = -4,68$, $p = 0,001$). В оценке собственного здоровья у больных отмечалась тенденция смещения приоритета внимания с психических проявлений зависимости от алкоголя на соматическую сферу, возникали иллюзии выздоровления, возможности умеренного употребления алкоголя.

В сфере *социального функционирования* напряжение адаптации в период становления ремиссии являлось распространенным явлением, особенно в случаях провоцирующего микросоциального окружения и отсутствия реальной поддержки трезвеннических позиций со стороны близких. Наиболее часто (45% случаев) больные испытывали неудовлетворенность работой, особенно уровнем оплаты труда. Кроме того, в сфере трудовой деятельности возникали проблемы взаимоотношений с коллегами, начальством, невозможность трудоустройства в соответствии с личностными потребностями и запросами. В сфере *структурирования свободного времени* (отсутствие увлечений, интересов, однообразное, пассивное времяпровождение, «скука») затруднения отмечены у 25% больных. В сфере *семейных отношений* выраженное напряжение адаптации (ухудшение взаимоотношений, частые конфликты) в исследованной группе отмечено у 13% больных. В целом, по шкале социального функционирования Е.О. Бойко стабильное социальное функционирование в первые три месяца ремиссии отмечалось у 55% больных.

Анализ субъективного восприятия больными в ремиссии **качества жизни** в различных областях жизнедеятельности с помощью шкалы ВОЗКЖ-100 позволил выявить наиболее проблемные сферы с явным неблагополучием. Так, дефицит положительных эмоций выявлен в 35% случаев, неудовлетворенность личными и сексуальными отношениями были характерны для 52% больных. 49% больных испытывали неудовлетворенность в сферах: «возможность для отдыха», «медицинская и социальная помощь», «финансы». Качество жизни по четырем глобальным вопросам шкалы ВОЗКЖ-100 в период 3 месяцев ремиссии как хорошее и очень хорошее оценивали 44% больных, как среднее – 36% и как плохое и очень плохое – 20% больных

Результаты комплексной оценки психопатологических расстройств, показателей социального функционирования и субъективного восприятия КЖ во время 3 месяцев трезвости у больных

АЗ позволили выделить следующие варианты ремиссионных состояний:

- 1) компенсированная ремиссия – 26% больных;
 - 2) субкомпенсированная ремиссия – 43% больных;
 - 3) декомпенсированная ремиссия – 31% больных.
2. Длительность ремиссии 4–6 месяцев

В период ремиссии 4–6 месяцев по квантифицированной шкале выраженности психопатологических расстройств наблюдалась положительная динамика психического состояния. Близкие к норме показатели отмечались у 48% больных, легкие нарушения – у 32% больных и умеренные нарушения – у 20% больных. У 46% больных сохранялись эпизодические проявления ПВА, однако с тенденцией к уменьшению их частоты и интенсивности выраженности как по данным обсессивно-компульсивной шкалы ПВА, так и по врачебной оценке ПВА (шкала Альтшулера). В этот период отмечалась и стабилизация эмоционального состояния больных АЗ. При этом редукция тревожных и дисфорических расстройств, сохранявшихся у 37% и 23% больных соответственно, происходила более значительно, чем депрессивных и астенических нарушений, диагностированных у 28% и 32% больных соответственно. Показатели социального функционирования также улучшались, стабильное социальное функционирование в этом периоде демонстрировали 70% больных. При оценке КЖ по четырем глобальным вопросам шкалы ВОЗКЖ-100, определяющей «общее КЖ», наряду с положительными тенденциями восприятия КЖ выделялась проблемная группа с тенденциями ухудшения КЖ и с «низким», «плохим» КЖ (17%). Наиболее проблемными субсферами жизнедеятельности были дефицит социальной поддержки, положительных эмоций, возможностей для отдыха, неудовлетворенность в сексуальных отношениях.

При комплексной оценке клинического статуса, показателей социального функционирования и субъективного восприятия КЖ в период ремиссии 4–6 месяцев наблюдались следующие варианты ремиссий:

- 1) компенсированная ремиссия – 48% больных;
- 2) субкомпенсированная ремиссия – 32% больных;
- 3) декомпенсированная ремиссия – 20% больных.

В целом анализ динамики показателей социального функционирования и удовлетворенности качеством жизни на этапе становления ремиссии позволил выделить критический период: 2–3-й месяцы соблюдения трезвости. В этот период у 25% больных

отмечались проявления напряжения, истощения адаптивных возможностей в виде ухудшения психического состояния, развития состояний усталости, разочарования, неудовлетворенности, обиды и ухудшения социального функционирования. Психическое (первичное) влечение на этом фоне выступало в тесной связи с индивидуальными особенностями мотивационно-потребностной сферы. Например, если алкоголь являлся привычным средством редукиции напряжения, удовлетворял потребности в релаксации, влечение к алкоголю актуализировалось при появлении признаков напряженности, эмоциональных нагрузках. У части больных (15%) наблюдались различные варианты замещающего поведения (шопинг, донжуанизм, переедание и др.) после отказа от алкоголя. Фиксация на новом привлекательном объекте или виде деятельности могла приводить к формированию новой зависимости (например, увлечение компьютерными играми).

Определенные трудности испытывали больные при противостоянии алкогольным традициям. Большинство из них избегали афишировать свой статус «алкоголика», нередко испытывали затруднения в аргументации своей «абсолютной трезвости».

Особенности реадaptации больных АЗ в период стабилизации ремиссии (ремиссия более 6 месяцев)

Во втором полугодии ремиссии прослеживались отчетливые тенденции к редукиции психопатологических расстройств. Выраженное улучшение, близкое к норме психическое состояние отмечались у 73% больных, у остальных 27% – преимущественно легкий уровень нарушений. У 23% отмечены идеаторные проявления ПВА по обсессивно-компульсивной шкале ПВА в виде редких эпизодов незначительной интенсивности, не требующие больших усилий по совладанию и не мешающие функционированию. По шкале Альтшулера уровень эмоционального и вегетативного компонентов ПВА был преимущественно легкой степени выраженности. Эмоциональные расстройства также отмечались в основном в легкой степени выраженности. Депрессивные состояния наблюдались у 13% больных, дисфорические расстройства у 20%, повышенная тревожность у 29%. Астенические нарушения выявлялись у 17% больных. По шкале социального функционирования Бойко стабильное социальное функционирование отмечалось у 86% больных.

На этапе стабилизации ремиссии 71% больных АЗ оценивали качество своей жизни как хорошее. Показатели КЖ по субсферам у большинства больных были в хорошем и среднем диапазоне. Од-

нако следует отметить, что проблемными субсферами у больных оставались «финансы» – 32% больных, «медицинская, социальная помощь» – 21% больных, «социальная поддержка» – 14% больных, «дефицит положительных эмоций» – 18% больных. В период ремиссии более 6 месяцев отмечалось значительное снижение интенсивности ПВА. В то же время уровень критического отношения к болезни на этапе стабилизации ремиссии существенно не улучшался (табл. 1). Более того, на этапе стабилизации психического и физического состояния нередко наблюдались тенденции к пересмотру трезвеннических позиций, стремление к присоединению к питейным микросоциальным традициям, которым требовалось противостоять в процессе терапии. Установка на трезвость у пациентов для достижения лично значимых целей (среди которых здоровье далеко не всегда являлось приоритетным) нередко изначально распространялась на какой-либо конкретный срок и этим сроком ограничивалась. По мере достижения этих целей оснований для самоограничения становилось меньше, «традиционный» алкогольный образ жизни как способ поощрения за успех казался все более приемлемым.

Таблица 1

Динамика выраженности ПВА и уровня критического отношения к заболеванию в баллах в течение первого года ремиссии

Психометрические показатели	Сроки ремиссии				
	3–4 недели	2–3 месяца	4–6 месяцев	7–9 месяцев	10–12 месяцев
ПВА по шкале Альтшулера (M ± m)	2,5 ± 0,32	2,0 ± 0,31	1,6 ± 0,32	1,38 ± 0,31	1,33 ± 0,29
ПВА по ОКШПВА (M ± m)	1,9 ± 0,39	1,2 ± 0,45	0,77 ± 0,22	0,6 ± 0,24	0,6 ± 0,27
Анозогнозия по шкале Деминой (M ± m)	22,2 ± 0,72	22,3 ± 0,69	22,7 ± 0,74	22,8 ± 0,75	23,0 ± 0,75

Комплексная квантифицированная оценка клинического статуса, показателей социального функционирования и субъективно-

го восприятия КЖ установила, что типология ремиссии в период стабилизации (более 6 месяцев) была следующей:

- 1) компенсированная ремиссия – 73 % больных;
- 2) субкомпенсированная ремиссия – 17% больных;
- 3) декомпенсированная ремиссия – 10 % больных.

Общие особенности становления и стабилизации ремиссии на протяжении 12 месяцев у больных АЗ

На протяжении всего 12-месячного срока наблюдения больных АЗ в ремиссии отмечалась положительная связь выраженности ПВА по шкале Альтшулера с реактивной тревогой по шкале Спилбергера-Ханина, депрессией по шкале Бека и дисфорией по клинической оценке в баллах. Величина выраженности ПВА по obsessивно-компульсивной шкале была достоверно связана с показателем уровня реактивной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина в течение 12 месяцев наблюдения. Связь ПВА с депрессией была достоверной только в первом полугодии, а в последующем не достигала статистической значимости ($R = 0,34$, $p = 0,07$).

Индекс соматической коморбидности как показатель общей биологической декомпенсации достоверно коррелировал с выраженностью астении, тревоги и влечения к алкоголю как по шкале Альтшулера, так и по obsessивно-компульсивной шкале (табл. 2). Выявленные корреляционные взаимосвязи определяют важность комплексного анализа психического и соматического состояния больных АЗ в ремиссии, так как существует высокая вероятность актуализации влечения к алкоголю на фоне обострения хронических соматических заболеваний, что повышает риск рецидива у пациентов в начальный период становления ремиссии.

Таблица 2

Психосоматические взаимосвязи больных АЗ в ремиссии

Показатели	Индекс соматической коморбидности	
	R	P
Астения (клиническая оценка в баллах)	0,3	0,007
ПВА по шкале Альтшулера	0,32	0,004
ПВА по ОКШПВА	0,26	0,02

Примечание: R – коэффициент корреляции Пирсона, p – уровень достоверности.

В наибольшей степени уровень соотношения патогенных процессов и саногенных ресурсов личности человека проявляется при функциональных нагрузках, которые задаются жизненными обстоятельствами больных. Обычные обязанности в трудовой деятельности и семейных отношениях являлись проверкой адаптационных возможностей. По нашим наблюдениям, блок показателей социального функционирования напрямую связан с психопатологическими расстройствами: тяжестью аффективных расстройств в период становления ($R = 0,65$, $p = 0,001$) и стабилизации ремиссии ($R = 0,6$, $p = 0,002$), что свидетельствует о высокой значимости клинико-динамических характеристик заболевания в социальной реадaptации больных АЗ. Достоверная корреляционная связь отмечена между интегральным показателем выраженности психопатологических расстройств и уровнем социального функционирования в семейной сфере ($R = 0,6$, $p = 0,001$), профессиональной деятельности ($R = 0,4$, $p = 0,03$) на протяжении всего 12-месячного периода наблюдения. Связь этого показателя с уровнем способностей структурирования свободного времени, проявлениями психологической, финансовой заботы о родителях и детях была статистически значимой только в первые шесть месяцев ремиссии ($R = 0,35$, $p = 0,015$; $R = 0,36$, $p = 0,012$); в последующем, по мере редукции психопатологических расстройств, связь прослеживалась только на уровне тенденции. Неожиданным оказалось усиление во втором полугодии ремиссии корреляционной связи тяжести показателя общего клинического впечатления с показателем социального функционирования в сфере контактов с друзьями и знакомыми (в период ремиссии 4–6 месяцев $R = 0,2$, $p = 0,2$; в период ремиссии 7–12 месяцев $R = 0,6$, $p = 0,001$). Возможно, что это связано с проявлением у некоторых больных АЗ в ремиссии таких изменений личности, как несвойственные ранее скупость, высокомерие, повышенная требовательность, претенциозность. Эти изменения воспринимались друзьями и знакомыми как негативные, что осложняло общение. В выраженных случаях (4 больных) наблюдались гиперкомпенсаторные представления о своей трезвости, когда трезвенническая позиция провозглашалась непреложной нормой поведения и требованием для всех. Если родственники (жены) к таким вариантам изменений личности постепенно приспосабливались, то друзья и знакомые проявляли свое недовольство более открыто, возникали ссоры, разрывы отношений.

У части больных (23,2%) ухудшение клинических показателей и социального функционирования достигали уровня, соответст-

вующего диагноза по МКБ-10 расстройство адаптации F43.2 (тревожно-депрессивная реакция на ситуацию F43.22 и реакция на ситуацию с преобладанием других эмоций F43.23). Они проявлялись преимущественно в виде субдепрессий, склонности к драматизации, расстройств поведения, вспышек дисфории, агрессии, астенических нарушений, снижения продуктивности в повседневных делах.

У 15% больных в период ремиссии было выявлено изменение паттерна аддиктивного поведения: субстанционные формы аддиктивного поведения (переедание, злоупотребление кофеинсодержащими напитками, усиление курения, злоупотребление снотворными), а еще у 15% больных – несубстанционные замещающие формы поведения (гемблинг, работоголизм, неконтролируемый шопинг, «донжуанизм»).

Кроме объективной характеристики социального функционирования, не менее важно для оценки общего уровня адаптации зависимой личности в ремиссии учитывать субъективное восприятие качества жизни. Соотношение субъективных преимуществ и недостатков трезвости является важным фактором, определяющим отношение к лечению и установку на отказ от алкоголя. Уже по величине субъективного восприятия общего качества жизни и здоровья в ремиссии, а особенно по ее динамике при проспективном наблюдении, можно судить об эмоциональном «принятии» или «непринятии» происходящих после отказа от алкоголя перемен в жизни. Особенно информативным оказывается сравнение качества жизни в ремиссии с оценкой общего восприятия качества жизни до лечения, когда пациент злоупотреблял алкогольными напитками, то есть с «алкогольным» образом жизни. Именно это сравнение, осознанно или неосознанно проводимое человеком, во многом предопределяет его выбор «пить или не пить», «лечиться или нет», «ради чего стоит лечиться». Более подробный анализ профиля КЖ позволяет уточнить наиболее проблемные сферы жизнедеятельности, требующие лечебной поддержки или коррекции.

В исследованной группе больных отмечалась достоверная корреляционная связь субъективного восприятия КЖ и общей оценки социального функционирования, что свидетельствует об адекватной значимости для большинства пациентов затруднений в трудовой деятельности, семейных отношениях, в общении с людьми при субъективной оценке качества жизни ($R = -0,5$, $p = 0,02$). У части пациентов (32%) наблюдалось явное несоответ-

ствии субъективной оценки КЖ и объективной врачебной оценки качества социального функционирования. Чаще наблюдалось несоответствие в сторону неадекватного завышения субъективной оценки КЖ с игнорированием явных, с врачебной точки зрения, проблем в основном у больных с эйфорическим фоном настроения, при психоорганических алкогольных изменениях личности, а также при изменениях личности в ремиссии по типу переоценки собственных возможностей, неадекватной самонадеянности, неоправданного оптимизма.

При всей неоднозначности, нередкой «необъективности» оценки пациентом КЖ в ремиссии, тенденции отсутствия ожидаемого улучшения или ухудшения субъективного восприятия КЖ должны быть в фокусе внимания врача со стремлением уточнить конкретные значимые для больного субсферы и сферы жизни, в которых не оправдались ожидания. В начале становления ремиссии пациенты в целом по группе достоверно более высоко оценивали качество жизни в трезвости по сравнению с оценкой качества жизни в период пьянства ($p = 0,001$). В последующем динамика показателей КЖ носила изменчивый характер, зависела от клинико-динамических характеристик заболевания, реабилитационного потенциала пациентов.

В целом анализ динамики субъективной оценки больными АЗ в ремиссии характеристик основных параметров качества жизни показал достаточно высокую представленность состояний хронической эмоциональной неудовлетворенности. Ухудшение субъективной меры благополучия наиболее часто отмечались в субсферах «практическая социальная поддержка», «возможности для отдыха и развлечений», «личные отношения», «отрицательные эмоции», «сексуальная активность», «жизненная активность, энергия и усталость». Отмечена достоверная взаимосвязь степени выраженности психопатологических расстройств синдрома ПВА с мерой субъективного благополучия во многих сферах жизни (Приложение 6).

Заключение

Комплексная оценка клинико-динамических показателей и характеристик социального и личностно-психологического функционирования больных АЗ в ремиссии дает общее представление о качестве ремиссии, улучшение которого является основной целью лечебно-реабилитационных программ. Использование квантифицированного подхода позволяет уточнять клинико-динамические

характеристики ремиссии, определять выраженность реадaptации больных АЗ, выделять группу риска, требующую наиболее пристального внимания.

Существование связей между тревожной, депрессией, астенией и ПВА (стержневым синдромом заболевания) на этапе становления ремиссии позволяет считать эти психические расстройства важными терапевтическими мишенями, требующими динамического мониторинга и медикаментозной коррекции в ремиссии.

Для наиболее полной оценки полученных данных рекомендуется соотносить показатели социального функционирования с субъективными показателями качества жизни. Диагностика, построенная с использованием учета субъективного восприятия качества жизни, позволяет организовать лечебно-реабилитационный процесс с опорой на саногенные ресурсы личности. Так, например, при трудностях, проблемах в семье, ресурсной может быть сфера профессиональной деятельности. Большой саногенный потенциал имеет духовная сфера, так как в этой сфере в ремиссии негативные тенденции отмечаются редко, больные становятся более «открытыми» для духовных запросов, духовного поиска и личностного роста. Всесторонняя оценка степени компенсации и реадaptации больного АЗ в различных сферах его жизнедеятельности в ремиссии позволяет индивидуализировать реабилитационный процесс.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. Вопросы клиники и терапии / В.Б. Альтшулер. М.: Имидж, 1996. – 216 с.
2. Бек А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери; пер. с англ. А. Татлыбаевой. – СПб.: Питер, 2003. – 298 с.
3. Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование больных наркологическими заболеваниями и шизотипическим расстройством: автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.00.45 / Е.О. Бойко; ННЦ наркологии. – М., 2009. – 34 с.
4. Бокий И.В. Патологическое влечение к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии / И.В. Бокий, С.В. Цыцарев // Ремиссии при алкоголизме: сборник научных трудов / под ред. И.В. Бокий, О.Ф. Ерышева, Т.Г. Рыбаковой. – Л.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1987. – С. 7–19.
5. Даренский И.Д. Аддиктивный цикл / И.Д. Даренский. – М.: Логос, 2008. – 255 с.
6. Демина М.В. Нарушение нозогнозии («синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45 / М.В. Демина; ННЦ наркологии Росздрави. – М., 2005 – 38 с.
7. Ерышев О.Ф. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова. – СПб.: Изд. СПб науч.-иссл. психо-неврол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1996. – 187 с.
8. Иванец Н.Н. Медико-социальные проблемы наркологии и пути их разрешения / Н.Н. Иванец // Вопросы наркологии. – 1997. – № 4. С. 4–11.
9. Иванец Н.Н. Алкоголизм: Руководство для врачей / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. – М.: Изд. «Медицинское информационное агентство», 2011. – 856 с.
10. Использование опросника Качества Жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для психологов и врачей / СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-т. им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Г.В. Бурковский и др. – СПб., 1998. – 57 с.
11. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: метод. реком. / Ленинградский науч.-иссл. психоневрол. ин-т. им. В.М. Бехтерева; сост.: Т.Г. Рыбакова, Т.Н. Балашова. – Л., 1987. – 27 с.
12. Крупицкий Е.М. Краткосрочное интенсивное психотерапевти-

- ческое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины / Е.М. Крупицкий // Психиатрия и наркология в XXI веке: сборник научных статей / под ред. А.Г. Софронова, А.Ю. Егорова. – СПб., 2008. – С. 102–107.
13. Магалиф А.Ю. Экзистенциальная депрессия и алкоголизм / А.Ю. Магалиф, А.А. Магалиф // Аффективные и шизоаффективные расстройства: материалы конф., Москва, 1–3 окт. 2003 г. – М., 2003. – С. 214.
 14. Медико-психологические критерии эффективности терапии и реадaptации больных алкоголизмом: метод. реком. / Ленинградский науч.-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева; сост.: Б.М. Гузиков и др. – Ленинград, 1987. – 16 с.
 15. Постнов В.В. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии: автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.00.45 / В.В. Постнов; Оренбургская государственная медицинская академия. – Оренбург, 2003. – 28 с.
 16. Применение «Я-структурного теста» для комплексной оценки качества жизни больных алкоголизмом и наркозависимостью: пособие для врачей / СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-т. им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: В.В. Бочаров и др. – СПб., 2003. – 20 с.
 17. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: метод. реком. / СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-т. им. В.М. Бехтерева; сост.: О.Ф. Ерышев и др. – СПб., 2006. – 20 с.
 18. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров: метод. реком. / НИЦ наркологии Росздрава; сост. Т.Н. Дудко и др. – М., 2006. – 74 с.
 19. Цетлин М.Г. Реабилитация наркологических больных. Концепция. Программа / М.Г. Цетлин, В.Е. Пелипас. – М.: Минздрав РФ/НИИ наркологии, 2000. – 46 с.
 20. Beck A.T. An inventory for measuring depression / A.T. Beck et al. // Arch. Gen. Psychiat. – 1961. – № 4. – P. 561–571.
 21. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psycho-pharmacology / W. Guy. – Rockville, Md: U.S. National Institute of Health, 1976. – 616 p.
 22. Malet L. ALQOL 9 for measuring quality of life alcohol dependence / L. Malet, P.M. Llorca, B. Beringuier et al. // Alcohol & Alcoholism. – 2006. – Vol. 41, № 2. – P. 181–187.

Квантифицированная шкала комплексной оценки психопатологических расстройств в ремиссии

	Название признаков	Оценочные баллы
1.	Выраженность эмоционального синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА): – отсутствует – легкая степень выраженности – средняя и тяжелая степень выраженности	0 1 2
2.	Выраженность вегетативного компонента синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА): – отсутствует – легкая степень выраженности – средняя и тяжелая степень выраженности компонента	0 1 2
3.	Выраженность идеаторного компонента синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА): – отсутствует – легкая степень выраженности – средняя и тяжелая степень выраженности	0 1 2
4.	Выраженность поведенческого компонента синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА): – отсутствует – легкая степень выраженности – средняя и тяжелая степень выраженности	0 1 2
5.	Критика к болезни: – полная – частичная – отсутствует	0 2 4
6.	Установка на трезвость: – твердая – формальная – отсутствует	0 2 4
7.	Депрессия: – отсутствие – легкая степень выраженности – умеренно и сильно выраженная	0 1 2

8.	Тревога: - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная	0 1 2
9.	Дисфория: - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная	0 1 2
10.	Астения: - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная	0 1 2
11.	Психоорганический синдром: - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная	0 1 2
12.	Психопатоподобный синдром: - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная	0 1 2

Комплексная оценка выраженности психопатологических расстройств в ремиссии рассчитывается как сумма баллов указанных 12 признаков в возможном диапазоне от 0 до 28.

Интерпретационные интервалы: 0–5 – клинические показатели близки к норме; 6–11 – легкий уровень психопатологических расстройств; 12–20 – умеренный уровень психопатологических расстройств; 21–28 – выраженный уровень психопатологических расстройств.

Общее клиническое впечатление Clinical Global Impression (CGI)

ШКАЛА CGI – инструмент оценки, разработанный в ходе исследований шизофрении с целью обеспечить врачу возможность квантифицировать тяжесть заболевания и степень улучшения в ходе терапии.

Подробно шкала CGI описана в публикации W. Guy (1976). Она представлена как пригодная для оценки любой исследуемой популяции. Для тяжести заболевания оцениваемый временной интервал определяется как «сейчас или в течение последней недели», для общего улучшения – «со времени первой оценки».

1. Тяжесть заболевания

В соответствии с вашим клиническим опытом по данной популяции больных, насколько тяжелы психические расстройства у больного в настоящее время?

- 0 = оценка не проводилась
- 1 = здоров, никаких расстройств
- 2 = пограничные психические расстройства
- 3 = легкие расстройства
- 4 = умеренные расстройства
- 5 = выраженные расстройства
- 6 = тяжелые расстройства
- 7 = расстройства из категории самые тяжелые

2. Общее впечатление

Оцените общее улучшение независимо от того, относите ли вы его только на счет лечения. Как велики происшедшие изменения по сравнению с состоянием больного со времени первой оценки?

- 0 = оценка не проводилась
- 1 = очень значительное улучшение
- 2 = значительное улучшение
- 3 = минимальное улучшение
- 4 = без перемен
- 5 = минимальное ухудшение
- 6 = значительное ухудшение
- 7 = очень значительное ухудшение

Обсессивно-компульсивная шкала влечения к алкоголю

Следующие утверждения касаются употребления Вами алкоголя и попыток контролировать его. Пожалуйста, обведите в кружок цифру, соответствующую утверждению, которое наиболее для вас подходит.

Итак, ЗА ПРОШЕДШУЮ НЕДЕЛЮ:

1. В период, когда Вы не употребляли алкоголь, сколько времени было занято идеями, мыслями, побуждениями и образами, связанными с употреблением алкоголя?

Нисколько	0
Меньше 1 часа в день	1
1–3 часа в день	2
4–8 часов в день	3
Больше 8 часов в день	4

2. Как часто случались эти мысли?

Никогда	0
Не более 8 раз в день	1
Более 8 раз в день, но большая часть дня была свободна от этих мыслей	2
Более 8 раз в день, занимали большую часть дня	3
Мысли постоянные, почти что ни часа не проходило без этих мыслей	4

3. Насколько идеи, мысли, побуждения и образы, связанные с употреблением алкоголя, мешали Вашей общественной жизни, работе, нормальному функционированию? Случалось ли, что Вы чего-либо не сделали или не могли сделать из-за этого? (Если Вы в настоящее время не работаете, в какой мере Ваша профессиональная деятельность пострадала бы под влиянием этих мыслей в случае, если бы Вы работали?)

Мысли о выпивке никогда не мешали – я мог нормально функционировать

0

Мысли о выпивке незначительно влияли на мою общественную или профессиональную активность, но в целом моя деятельность не была нарушена

1

Мысли о выпивке определенно влияли на мою общественную или профессиональную активность, но я сохранял способность контролировать ситуацию

2

Мысли о выпивке существенно мешали моей общественной и профессиональной деятельности	3
Мысли о выпивке полностью нарушали мою общественную и профессиональную деятельность	4
4. Насколько эти идеи, мысли, побуждения и образы, связанные с употреблением алкоголя, вызывали у Вас стресс или беспокойство в то время, когда Вы не употребляли спиртных напитков?	
Не вызывали	0
Незначительно, не часто, не причиняли особого беспокойства	1
Умеренно, достаточно часто, вызывали беспокойство, но я мог контролировать себя	2
Значительно, очень часто, вызывали сильное беспокойство	3
Были крайне выражены, практически постоянны, лишали возможности нормально функционировать	4
5. Сколько усилий Вы прилагали, чтобы противостоять этим мыслям, не обращать на них внимания или отвлечься от этих мыслей, в то время когда Вы не употребляли спиртное? (Обозначьте степень приложенных усилий, независимо от того, увенчались они успехом или нет.)	
Подобных мыслей у меня было крайне мало не было необходимости им активно противостоять Если они появлялись, я всегда старался противостоять им	0
Я пытался противостоять им большую часть времени	1
Я делал некоторые попытки противостоять им	2
Я сдавался без попыток противостояв этим мыслям но совершал это с некоторыми колебаниями	3
Я полностью и охотно подчинялся этим мыслям	4
6. Насколько успешно Вам удавалось не думать об этом или отвлекаться от мыслей, связанных с употреблением алкоголя, в то время, когда Вы были трезвы (не употребляли спиртное)?	
Мне легко удавалось не думать об этом или отвлекаться от этих мыслей	0
Обычно мне удавалось не думать об этом или отвлекаться от этих мыслей, если я прилагал определенные усилия концентрировался	1
Иногда я был способен не думать об этом или отвлекаться от этих мыслей	2
Я редко был способен перестать думать об этом, мне с трудом удавалось отвлекаться от этих мыслей	3
Мне редко удавалось отвлечься от этих мыслей даже на мгновение	4

7. Сколько стандартных порций спиртного Вы употребляли ежедневно?	
Не употреблял вообще	0
Меньше 1 порции в день	1
1–2 порции в день	2
3–7 порций в день	3
8 порций в день и больше	4
8. Сколько дней в неделю Вы употребляли спиртное?	
Не употреблял вообще	0
Не более 1 дня в неделю	1
2–3 дня в неделю	2
4–5 дней в неделю	3
6–7 дней в неделю	4
9. Насколько употребление алкоголя мешало Вашей профессиональной деятельности? Случалось ли, что Вы чего-либо не делали или не могли сделать из-за этого? (Если Вы в настоящее время не работаете, в какой мере употребление алкоголя мешало бы Вашей профессиональной деятельности в случае, если бы Вы работали?)	
Употребление алкоголя никогда не мешало, я мог нормально функционировать	0
Употребление алкоголя незначительно влияло на мою профессиональную активность, но в целом моя деятельность не была нарушена	1
Употребление алкоголя определенно негативно влияло на мою профессиональную активность, но я все же мог справиться с работой	2
Употребление алкоголя существенно нарушало мою профессиональную деятельность	3
Употребление алкоголя полностью нарушало мою профессиональную деятельность	4
10. Насколько мешало употребление алкоголя Вашей жизни в обществе? Случалось ли, что Вы чего-либо не делали или не могли сделать из-за употребления алкоголя?	
Употребление алкоголя никогда не мешало —я мог нормально функционировать в обществе	0
Употребление алкоголя незначительно влияло на мою жизнь в обществе, но в целом моя деятельность не была нарушена	1
Употребление алкоголя определенно негативно влияло на мою жизнь в обществе, но я все же мог справиться с ситуации	2
Употребление алкоголя существенно мешало моей жизни в обществе	3

Употребление алкоголя полностью нарушало мою жизнь в обществе	4
11. Если бы Вам помешали употребить спиртное, когда Вы хотели это сделать, в какой мере это вызвало бы у Вас тревогу и раздражение?	
Я не испытал бы тревоги и раздражения	0
Это вызвало бы легкую тревогу и раздражение	1
Это вызвало бы тревогу и раздражение, но я был бы в состоянии справиться с этим	2
Я испытал бы значительную тревогу или раздражение, которые всерьез бы мне мешали	3
Я испытал бы крайне выраженную тревогу и раздражение	4
12. Сколько усилий Вам приходилось прилагать, чтобы противостоять употреблению спиртных напитков? (Обозначьте выраженность ваших усилий, независимо от того, оказались они успешными или нет.)	
Я употреблял алкоголь крайне мало, не было необходимости активно противостоять этому. Если я употреблял алкоголь, я всегда старался противостоять этому	0
Я пытался противостоять этому в большинстве случаев	1
Я делал некоторые попытки противостоять этому	2
Я почти всегда сдавался без попыток контролировать употребление алкоголя, но совершал это с некоторыми колебаниями	3
Я всегда полностью и добровольно предавался пьянству	4
13. Насколько сильно была выражена у Вас потребность употреблять спиртное?	
Не было потребности	0
Была незначительная потребность употреблять алкоголь	1
Была выраженная потребность употреблять алкоголь	2
Была очень выраженная потребность употреблять алкоголь	3
Потребность употреблять алкоголь была совершенно непреодолима	4
14. Насколько Вы были способны контролировать употребление спиртного?	
Полностью контролировал	0
Обычно я был способен осуществлять сознательный контроль над употреблением спиртного	1
Я с трудом мог контролировать употребление спиртного	2
Я не мог не выпивать и был способен лишь с трудом отсрочить прием спиртного	3
Мне редко удавалось отсрочить прием спиртного даже на короткое время	4

Обработка данных

Для подсчета показателя по данному опроснику баллы по всем его 14 пунктам суммируются. Стандартная порция спиртного — это 1 бутылка пива (0,33 л), или 1 бокал вина (220 мл), или 1 рюмка водки, коньяка и т. п. (30 мл).

Приложение 4

Клиническая оценка переживания наркологической болезни (авторская шкала М.В. Деминой)

1. Общее признание болезни	
1.1. Признание самого факта заболевания	1
1.2. Отказ от болезни	2
2. Характер рассказа больного о своей болезни врачу	
2.1. Высокая готовность и заинтересованность	1
2.2. Формальность и пассивность	2
2.3. Отказ	3
3. Адекватность переживания болезни	
3.1. Признание наркологического заболевания	1
3.2. Признание болезни, но не наркологической	2
4. Полнота нозогнозии (как симптомы признаются пациентом в качестве проявлений болезни)	
4.1. Осознание влечения к ПВА	1
4.2. Влечение к ПВА в форме эмоциональных расстройств	2
4.3. Психопатологические компоненты абстинентного синдрома	3
4.4. Физические компоненты АС	4
4.5. Соматические осложнения	5
5. Субъективный отчет больного о причинах помещения в наркологическую клинику	
5.1. Необходимость избавления от патологического влечения	1
5.2. Непереносимость ПВА («наркологическая усталость»)	2
5.3. Необходимость улучшения физического (психического) состояния	3
5.4. Уступка окружающим	4

6. Переживание вреда болезни	
6.1. Переживание угрозы психическому здоровью и попытка противостоять болезни	1
6.2. Констатация физических осложнений	2
6.3. Констатация социального ущерба в результате болезни	3
6.4. Индифферентно-пассивное отношение к происходящим изменениям	4
6.5. Положительное отношение к факту болезни («любование болезнью», «болезнь как благо», «good grief»)	5
7. Стремление к познанию наступившей болезни	
7.1. На основе логических заключений	1
7.2. На основе чувственных переживаний	2
7.3. Отсутствует полностью	3
8. Способность распознать наркологическую патологию у других пациентов	
8.1. Сохранена	1
8.2. Отсутствует	2
9. Сравнение тяжести своего состояния с состоянием других пациентов	
9.1. Как относительно одинакового	1
9.2. Как более тяжелого	2
9.3. Как более легкого	3
10. Участие в лечебном процессе	
10.1. Заинтересованное и неукоснительное	1
10.2. Безразличие к лечению	2
10.3. Пассивный протест против лечения	3
10.4. Активный протест против лечения	4
11. Субъективная позиция больного по отношению к лечению	
11.1. Доверие к предложенному лечению	1
11.2. Попытка навязать свое мнение о лечении	2
11.3. Отбор лишь негативных данных о лечении	3
12. Оценка больным собственного состояния в процессе лечения	
12.1. Оценивается динамика патологического влечения	1
12.2. Оценивается динамика эмоционального фона	2
12.3. Оценивается динамика сна	3
12.4. Улавливается лишь соматическая динамика	4

13. Диссимуляция болезни	
13.1. Преуменьшение	1
13.2. Экранирование другой патологией	2
13.3. Частичное отрицание	3
13.4. Отнесение к прошлому	4
13.5. Рационализация	5
13.6. Тотальное отрицание	6
14. Исполнение диссимулятивного поведения	
14.1. Правдоподобное	1
14.2. Примитивное	2
14.3. Противоречащее логике («потеря меры»)	3
15. Стойкость и постоянство диссимуляции	
15.1. Диссимуляция осуществляется непостоянно и нестойко	1
15.2. Диссимуляция осуществляется упорно и постоянно	2
16. Оценка больным результатов лечения	
16.1. Оценка изменений ПВ	1
16.2. Улучшение психического состояния	2
16.3. Соматическое улучшение	3

**Шкала показателей социального функционирования
у больных с синдромом зависимости Е.О. Бойко**

Показатели/баллы
<p>1. Агрессивное/аутоагрессивное поведение</p> <p>0 – отсутствие симптоматики</p> <p>1 балл – держится грубовато, замкнуто, но не наносит физический ущерб себе или окружающим</p> <p>2 балла – держится агрессивно (грубо, фамильярно разговаривает, публично оскорбляет других), ломает или портит вещи. Совершает аутоагрессивные поступки (самопорезы, частые аварии и др.). Без намерения нанести физический ущерб себе или окружающим. Расстройства поведения эпизодические, но яркие</p> <p>3 балла – расстройства поведения частые: вербальные угрозы, физическое насилие (драчливость). Агрессивные (аутоагрессивные) поступки без намерения или возможности нанести серьезный физический ущерб себе или окружающим</p> <p>4 балла – частые агрессивные (аутоагрессивные) поступки с целью нанести физический ущерб себе или окружающим</p>
<p>2. Аффективные расстройства</p> <p>0 – отсутствие симптоматики</p> <p>1 балл – слабо выраженные снижение настроения, аморфная тревога или раздражительность. Самостоятельно жалоб не предъявляет, диагностируется только при тщательном расспросе</p> <p>2 балла – средняя выраженность аффективных расстройств, пациент самостоятельно предъявляет жалобы</p> <p>3 балла – выраженные аффективные расстройства, пациент самостоятельно предъявляет жалобы, выражение лица, мимика, жесты, поза свидетельствуют о переносимых страданиях</p> <p>4 балла – глубокие аффективные расстройства с возможной витализацией аффекта</p>
<p>3. Психоорганические нарушения</p> <p>0 – отсутствие симптоматики</p> <p>1 балл – слабо выраженное снижение интеллектуально-мнестических функций</p> <p>2 балла – средняя выраженность интеллектуально-мнестических функций, обстоятельность мышления, нарушение отдельных видов памяти: на текущие события, оперативной и репродуктивной памяти</p>

3 балла – сильная выраженность интеллектуально-мнестических функций. Ригидность мышления, нарушения понимания, примитивность суждений, неспособность разобраться в сложных ситуациях с растерянностью

4 балла – стойкое выраженное снижение интеллектуально-мнестических функций, доходящее до уровня деменции

4. Критические способности

0 – критика к состоянию и своему заболеванию полная

1 балл – критика к своему состоянию и заболеванию частичная

2 балла – критика к состоянию и заболеванию формальная

3 балла – критика к состоянию и заболеванию снижена в значительной степени

4 балла – стойкая утрата критического отношения к своему состоянию и заболеванию

5. Способности к самообслуживанию

0 – содержит себя, свою одежду в чистоте и порядке, поддерживает свое жилище в чистоте и порядке

1 балл – существуют некоторые кратковременные затруднения в самообслуживании, о которых известно только очень близким людям

2 балла – способен к самообслуживанию, но делает это на минимальном уровне. Затруднения умеренные, очевидны любому человеку из окружения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – эпизодически возникающие трудности в самообслуживании. Имеющиеся затруднения сильно препятствуют функционированию в выделенной области, но больной способен функционировать без профессиональной помощи

4 балла – не соблюдает правил гигиены и не поддерживает порядок в жилище. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

6. Трудовая (профессиональная) деятельность

0 – наличие постоянной работы, понимание необходимости работы. Профессиональные качества больного высоко оцениваются коллегами

1 балл – наличие постоянной работы, понимание необходимости работы. О некоторых затруднениях в профессиональной сфере известно только очень близким людям. Если затруднения в работе присутствуют, то они кратковременны

2 балла – конфликты с коллегами по работе, не приводящие к потере работы, периодические прогулы на работе. Затруднения умеренные, очевидны любому человеку из окружения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – выбор работы, провоцирующей к употреблению ПАВ; неспособность сохранения рабочего места, Имеющиеся затруднения сильно препятствуют функционированию в выделенной области, но больной способен функционировать без профессиональной помощи

4 балла – не имеет работу, не способен самостоятельно найти работу и/или ее выполнять. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

7. Контакты с друзьями, знакомыми

0 – сохранность социальных связей, контакты с друзьями/знакомыми определяются эмоциональной привязанностью

1 балл – сохранность социальных связей, контакты с друзьями/знакомыми определяются эмоциональной привязанностью. Наличие лишь таких затруднений, с которыми сталкиваются все люди

2 балла – сужение социальных контактов, как правило, ограничивающееся общением с людьми, имеющими сходные проблемы с ПАВ. Проблемы очевидны любому человеку из окружения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – частые конфликты с друзьями/знакомыми; значительное сужение круга общения до уровня необходимого (чаще потребительского). Имеющиеся затруднения сильно препятствуют функционированию в выделенной области, но больной способен функционировать без профессиональной помощи

4 балла – неспособность поддерживать контакты с друзьями, знакомыми; отсутствие социальных связей. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

8. Семейные отношения

0 – наличие семьи, потребность в семейном образе жизни, установка на сохранность семьи

1 балл – наличие семьи, установка на сохранность семьи. Существуют некоторые трудности в семейных отношениях, но они кратковременны. Затруднения отмечают только близкие люди

2 балла – конфликты с родственниками, членами семьи, не приводящие к ее потере. Затруднения умеренные, очевидны любому человеку из окружения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – частые конфликты с членами семьи и/или близкими. Имеющиеся затруднения сильно препятствуют функционированию в выделенной области, но больной способен функционировать без профессиональной помощи

4 балла – не имеет семьи, отсутствует потребность в семейном образе жизни, либо отсутствует установка на сохранность семьи. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

9. Забота о родителях/детях

0 – проявляет психологическую, финансовую заботу о родителях/детях

1 балл – кратковременные затруднения в отношениях с родителями/детьми, о которых известно только очень близким людям

2 балла – отношение к родителям/детям противоречивое. Изменения очевидны любому человеку из окружения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – формальное отношение к родителям/детям. Отсутствие эмоциональных привязанностей. Больной имеет возможности восстановить функционирование в этой области без профессиональной помощи

4 балла – не заботится о членах семьи, детях. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

10. Структурирование свободного времени

0 – способен структурировать свое свободное время; интересы и деятельность разнообразны

1 балл – способен структурировать свое свободное время, имеет интересы. Наличие лишь таких проблем, с которыми сталкиваются все люди

2 балла – умеренные затруднения в структурировании свободного времени. Изменения очевидны любому человеку из окру-

жения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – выраженные трудности в структурировании свободного времени. Интересы и увлечения однобокие. Имеющиеся затруднения сильно препятствуют функционированию в выделенной области, но больной способен функционировать без профессиональной помощи

4 балла – свободное время посвящено поиску и употреблению ПАВ. Отсутствие других интересов и увлечений. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

В разработанной шкале была применена 5-балльная градация тяжести выделенных признаков, от 0 до 4 баллов, где 0 баллов – отсутствие признака, 1 балл – мало выражено, 2 балла – средне выражено, 3 балла – сильно выражено, 4 балла – очень сильно выражено.

Общая оценка социального функционирования выглядела следующим образом.

0–10 – нормализация клинических и социальных показателей, стабильное социальное функционирование

11–20 – частичная нормализация клинических и социальных показателей, средний уровень социального функционирования

21–30 – частичное улучшение клинических и социальных показателей, низкий уровень социального функционирования

31–40 – без изменений клинических и социальных показателей, крайне низкий уровень социального функционирования

**Корреляции выраженности ПВА по шкале Альтшулера
с мерой удовлетворенности
в различных сферах жизни у больных АЗ
в периоды становления и стабилизации ремиссии**

Сферы и субсферы Качества Жизни	2–3 мес. ремиссии		4–6 мес. ремиссии		7–12 мес. ремиссии	
	R	p	R	p	R	p
Физическая сфера	-.485	.014	-.438	.001	-.258	.185
Психологическая сфера	-.588	.002	-.380	.001	-.358	.061
Уровень независимости	-.399	.048	-.430	.001	-.315	.102
Социальные отношения	-.357	.080	-.362	.001	-.459	.014
Окружающая среда	-.569	.003	-.387	.001	-.238	.242
Духовная сфера	-.439	.028	-.146	.097	-.344	.073
Качество жизни по 4 глобальным вопросам	-.548	.005	-.339	.002	-.415	.028
Общее КЖ и состояние здоровья	-.545	.005	-.439	.001	-.409	.031
Физическая боль и дискомфорт	-.281	.174	-.196	.081	-.342	.075
Жизненная активность, энергия и усталость	-.438	.029	-.423	.001	-.176	.369
Сон и отдых	-.400	.047	-.378	.001	-.113	.567
Положительные эмоции	-.487	.014	-.355	.001	-.360	.060
Познавательные функции	-.552	.004	-.236	.035	-.314	.103
Самооценка	-.580	.002	-.343	.002	-.289	.136
Образ тела и внешность	-.261	.207	-.304	.006	-.212	.280
Отрицательные эмоции	-.444	.026	-.272	.015	-.319	.098
Подвижность	-.005	.979	-.381	.12	-.219	.264
Способность выполнять повседневные дела	-.403	.046	-.311	.005	-.342	.075
Зависимость от лекарств и лечения	-.151	.472	-.226	.044	-.211	.282
Способность к работе	-.432	.031	-.397	.001	-.263	.176
Личные отношения	-.370	.068	-.327	.003	-.516	.005
Практическая социальная поддержка	-.279	.176	-.311	.005	-.449	.016
Сексуальная активность	-.170	.417	-.256	.022	-.451	.016
Физическая безопасность и защищенность	-.174	.406	-.490	.002	-.060	.932
Окружающая среда дома	-.450	.024	-.200	.075	-.124	.702

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Методы оценки клинического и социального статуса больных АЗ в ремиссии	5
Уровни реадaptации больных АЗ в ремиссии. Варианты ремиссии	9
Особенности реадaptации больных АЗ	10
Особенности реадaptации больных АЗ в период становления ремиссии	10
(ремиссия менее 6 месяцев)	10
Особенности реадaptации больных АЗ в период стабилизации ремиссии (ремиссия более 6 месяцев).....	14
Общие особенности становления и стабилизации ремиссии на протяжении 12 месяцев у больных АЗ.....	16
Заключение	19
Список литературы	21
Приложения	23

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. E-mail: onmi@bekhterev.ru

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

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 16.04.2012. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

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



**Клинические и социально-психологические
критерии оценки реадaptации больных
алкогольной зависимостью
на этапах становления ремиссии**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

**Клинические и социально-психологические
критерии оценки реадaptации больных
алкогольной зависимостью
на этапах становления ремиссии**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2012

Аннотация

В пособии представлен комплексный подход оценки клинико-динамических показателей и характеристик социального и лично-отно-психологического функционирования больных АЗ в ремиссии, который дает общее представление о качестве ремиссии. Предлагаются квантифицированные диагностические инструменты, позволяющие уточнять клинико-динамические характеристики ремиссии, определять выраженность реадaptации больных АЗ, выделять группу риска, требующую наиболее пристального внимания. Анализируются соотношения клинико-динамических характеристик, объективных показателей социального функционирования и субъективного восприятия качества жизни.

Пособие может быть полезным для врачей – психиатров наркологов, поскольку рекомендуемый комплексный подход оценки уровня реадaptации больных АЗ в ремиссии расширяет возможности оценки эффективности лечения, определения мишеней терапии, выбора путей реабилитационной работы.

Настоящее пособие составлено в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Авторы: с. н. с., к. м. н. Л.А. Дубинина, с. н. с., к. м. н. К.В. Рыбакова, вед. н. с., к. м. н. Т.Г. Рыбакова, асп. И.Ю. Бакман, специалист по биомедицинской статистике А.С. Киселев, гл. н. с., д. м. н., профессор О.Ф. Ерышев, руководитель отдела наркологии, д. м. н., профессор Е.М. Крупицкий

Введение

Повышение качества лечебно-диагностической и реабилитационной работы для больных с алкогольной зависимостью (АЗ) по-прежнему является актуальной проблемой наркологии. Это связано как с высокой распространенностью АЗ, так и с недостаточной готовностью специализированной службы к практическому решению задач эффективной психологической и социальной реабилитации больных (Иванец Н.Н., 1997, 2011; Цетлин М.Г., Пелипас В.Е., 2000). Изменившиеся в нашей стране социально-экономические условия существенно повлияли на структуру и объем амбулаторной помощи больным алкоголизмом. Неполный охват больных АЗ диспансерным наблюдением, нередкие предложения краткосрочной, одномоментной помощи в значительной степени вытесняют комплексный подход к лечению этого заболевания. После проведения так называемых «сциентистки декорированных» методов (плацебо-опосредованной суггестии) без дальнейшего врачебного наблюдения больные АЗ не получают необходимого объема помощи, что ведет к прогрессированию болезненных расстройств (Крупицкий Е.М., 2008), хронизации депрессивных, особенно апатических, ангедонических состояний (Магалиф А.Ю., Магалиф А.А., 2003).

Вместе с этим отсутствуют единые и всесторонние показатели, отражающие динамику психического и социального статуса больных алкоголизмом в процессе лечения, в силу чего имеется насущная необходимость разработки критериев эффективности терапии и качества реадaptации больных алкоголизмом на различных этапах заболевания, в том числе – в ремиссии. В наркологии ремиссия у больных АЗ рассматривается как динамическое состояние с особыми закономерностями развития (Медико-психологические критерии..., 1987; Бокий И.В. и др., 1987; Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. 1996; Даренский И.Д., 2008) и определенной этапностью формирования. Выделенные в формировании ремиссии этапы становления, стабилизации и сформировавшейся ремиссии отражают процесс реадaptации больного к трезвому образу жизни в динамике. О.Ф.Ерышевым с сотрудниками (Прогнозирование длительности ремиссии..., 2006) разработана прогностическая шкала оценки длительности ремиссии на этапе становления ремиссии. Эта шкала может быть также использована и для оценки качества ремиссии, которое, наряду с ее продолжительностью, является наиболее важной характеристикой резуль-

татов терапии. Однако все показатели этой прогностической шкалы разработаны на основе клинической экспертной оценки и не учитывают субъективной оценки пациентом достигнутой трезвости. В то же время качество ремиссии, помимо таких показателей, как выраженность сохраняющейся психопатологической симптоматики, устойчивость самого состояния ремиссии и уровня социального функционирования, определяется также способностью пациента получать удовлетворение в различных сферах своей жизнедеятельности при отказе от алкоголя. Известно, что соблюдение длительной трезвости предъявляет обычно высокие требования к адаптивным возможностям и способностям личности больного. Имеются исследования, в которых показано, что «срывы» и рецидивы при алкоголизме находятся в прямой зависимости от наличия и степени выраженности нарушений адаптации в периоде ремиссии (Постнов В.В., 2003). Характеристикой, которая позволяет прогностически оценить способность больных к сохранению продолжительных ремиссий, реадаптации и возвращению к общественно полезной деятельности, является реабилитационный потенциал (Реабилитация наркологических больных..., 2006). Его оценка включает многие клинко-психологические характеристики, отражающие личностные особенности пациента, раннее развитие, тип воспитания, динамику формирования основных симптомов заболевания, а также показатели актуального психического состояния и социального статуса, но не учитывает то, как больной АЗ субъективно воспринимает качество жизни в ремиссии.

Целью исследования является разработка комплексного подхода многомерной квантифицированной диагностики **объективного** уровня реадаптации больного АЗ в ремиссии, характеризующего качество ремиссии, с учетом субъективной оценки качества жизни больным АЗ.

Для оценки уровня реадаптации больного АЗ к трезвому образу жизни и качественных характеристик ремиссии предложен комплексный анализ трех следующих важнейших компонентов: уровень тяжести психопатологических расстройств в ремиссии, социальное функционирование и субъективная оценка качества жизни.

Задачами исследования были:

1. Оценка частоты и выраженности сохраняющихся психопатологических расстройств (клинического и субклинического уровня) на этапах становления и стабилизации ремиссии (т. е. в динамике).

2. Оценка уровня социального функционирования больных в основных сферах жизнедеятельности.
3. Анализ субъективного восприятия качества жизни.
4. Определение типологической структуры ремиссии с учетом клинических, психологических и социальных характеристик больных АЗ.

Методы оценки клинического и социального статуса больных АЗ в ремиссии

1. Оценка психического статуса проводилась с помощью трех основных и четырех дополнительных шкал.

1.1. Основные шкалы:

1.1.1. Шкала квантифицированной оценки выраженности психопатологических расстройств, специально разработанная для данного исследования. По этой шкале проводилась балльная оценка 12 клинических характеристик, в число которых были включены: компоненты патологического влечения к алкоголю (ПВА), критика к болезни, установка на трезвость, депрессия, тревога, дисфория, астения, проявления психоорганического синдрома и психопатоподобных нарушений (Приложение 1).

Интерпретационные интервалы интегрального показателя шкалы позволяют оценить уровень выраженности (тяжести) психопатологических расстройств в периоде ремиссии по следующей градации:

- показатели, близкие к нормативным, – 0 баллов;
- легкая степень выраженности – 1 балл;
- средняя и тяжелая степень выраженности – 2 балла.

1.1.2. Шкала общего клинического впечатления (GGI-Clinical Global Impression Scale) применялась для оценки тенденций динамики состояния и общей интегральной оценки клинического статуса (Guy W., 1976) с учетом таких психопатологических феноменов, как ангедония, апатия, невротические и ипохондрические расстройства.

1.1.3. Клиническая шкала оценки ПВА В.Б. Альтшулера (модификация: Ерышев О.Ф. и соавт.) была использована для комплексного анализа эмоционального, идеаторного, поведенческого и вегетативного компонентов ПВА (Альтшулер В.Б., 1996; Прогнозирование длительности ремиссии..., 2006).

1.2. Дополнительные шкалы (могут быть рекомендованы для факультативного использования). В дополнение к клиниче-

ской оценке для объективизации данных и выявления субклинических расстройств использовались следующие экспериментально-психологические методики.

1.2.1. Обсессивно-компульсивная шкала влечения к алкоголю (Приложение 3). Шкала предназначена для самооценки пациентом идеаторных проявлений отношения к алкоголю за последнюю неделю. Первые шесть пунктов шкалы оценивают выраженность проявлений первичного влечения к алкоголю, последующие (с 7 по 14) пункты – выраженность вторичного ПВА, возникающего в процессе употребления алкоголя. Ответы пациента на вопросы фиксируют частоту и продолжительность появления мыслей, побуждений, связанных с употреблением алкоголя, с оценкой того, насколько они мешали, вызывали стресс или беспокойство и сколько усилий приходилось прилагать для противостояния им. В работе с больными АЗ в ремиссии, то есть при сохранении трезвости, анализируются ответы на первые шесть вопросов. В случае возникновения рецидива, то есть при возобновлении употребления алкоголя, оцениваются характеристики вторичного влечения к алкоголю по 7–14 пунктам. Анализ особенностей отношения к алкоголю, проводимый самим пациентом, является как диагностическим тестом, так и обучающей самонаблюдению и рефлексии процедурой.

1.2.2. Шкала депрессии Бека (Бек А. и др., 2003; Beck A.T. et al., 1961) рекомендуется к использованию, так как при относительно невысоком уровне депрессии самооценочные шкалы могут быть чувствительнее, чем клинический метод. Известно, что в ремиссии важно учитывать возможность перехода ПВА в стертую латентную форму с отдельными рудиментарными проявлениями аффективных расстройств, которые могут являться внешним проявлением влечения к алкоголю (Бокий И.В., Цыцарев С.В., 1987; Альтшулер В.Б., 1996). В шкале Бека акцентируется внимание на когнитивно-эмоциональных аспектах аффективных нарушений, разделены когнитивные и соматические проявления депрессии. Первые 13 пунктов составляют когнитивно-аффективную субшкалу, последние восемь пунктов служат для оценки соматических проявлений депрессии.

1.2.3. Шкала тревоги Спилбергера–Ханина используется для уточнения структуры тревоги и оценки ее динамики у больных АЗ (Клинико-психологическая характеристика..., 1987).

1.2.4. Шкала анозогнозии М.В. Деминой (Демина М.В., 2005) применяется с целью более глубокого клинико-

психопатологического анализа феномена анозогнозии (отрицания болезни) и возможности более точной оценки анозогнозии в динамике (Приложение 4). Указанные в шкале М.В. Деминой характеристики отношения к болезни отражают чувственное переживание, интеллектуальную переработку и критическую оценку больным его болезни. В шкале приведена совокупность ключевых клинических показателей, отражающих особенности нарушения нозогнозии, адекватность и полноту нозогнозии, границы отрицания и признания болезни.

2. Оценка социального функционирования. Успешность социального функционирования у больных АЗ в ремиссии является важной характеристикой их реадaptации в условиях трезвого образа жизни. Нарушение функционирования больных в различных сферах жизнедеятельности и, как следствие, социальная дезадаптация отражают обычно тяжесть течения зависимости от алкоголя. В ремиссии восстановление социального статуса, позитивной социальной роли требует от больного изменения его взаимодействия с окружающей средой.

Шкала показателей социального функционирования у больных с синдромом зависимости Е.О. Бойко (Бойко Е.О., 2009; Приложение 5), использованная в настоящем исследовании, позволяет количественно оценить уровень социального функционирования в таких сферах, как трудовая деятельность, семейные отношения, контакты с друзьями и знакомыми, самообслуживание, структурирование свободного времени.

3. Оценка восприятия качества жизни больными АЗ в ремиссии. Субъективное восприятие качества жизни (КЖ) больными АЗ в ремиссии является важной характеристикой личностно-психологической реадaptации в условиях лишения алкоголя, который играл для ряда пациентов роль своеобразного «адаптогена». В ремиссии в наибольшей степени раскрываются содержательная, социальная и нормативно-ценностная стороны аддиктивного поведения вследствие возможного проявления депривации потребностей, которые удовлетворялись больным благодаря воздействию алкоголя. КЖ – важный диагностический критерий, представляющий субъективный взгляд пациента на проблему, информацию о его жизненной ситуации.

3.1. Шкала ВОЗКЖ-100 использовалась для оценки КЖ у больных АЗ в ремиссии (Использование опросника..., 1998; Применение «Я-структурного теста»..., 2003). Шкала позволяет оценить структуру восприятия индивидом его физического и психологиче-

ского состояния, уровня независимости, межличностных отношений и личных убеждений. Оценке подлежали 6 крупных сфер КЖ:

- *Физическая сфера*: Физическая боль и дискомфорт. Жизненная активность, энергия и усталость. Сон и отдых.
- *Психологическая сфера*: Положительные эмоции. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции). Самооценка. Образ тела и внешность. Отрицательные эмоции.
- *Уровень независимости*: Подвижность. Способность выполнять повседневные дела. Зависимость от лекарств и лечения. Способность к работе.
- *Социальные отношения*: Личные отношения. Практическая социальная поддержка. Сексуальная активность.
- *Окружающая среда*: Физическая безопасность и защищенность. Окружающая среда дома. Финансовые ресурсы. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество). Возможности для приобретения новой информации и навыков. Возможности для отдыха и развлечений и их использование. Окружающая среда вокруг (загрязненность, шум, климат, привлекательность). Транспорт.
- *Духовная сфера*: Духовность, религия, личные убеждения.

3.2. Прямая оценка КЖ проводилась по ответам пациентов на четыре «глобальных вопроса»:

- Насколько Вы удовлетворены своей жизнью на настоящий момент?
- Насколько Вы удовлетворены своей жизнью в целом?
- Насколько Вы удовлетворены своим здоровьем?
- Как Вы оцениваете качество своей жизни?

Оценка КЖ по четырем глобальным вопросам определяется как простая сумма из четырех слагаемых. Результаты исследования по шкале позволяют оценить не только удовлетворенность респондента различными аспектами жизни, но и его реальные возможности совладания с жизненными трудностями и проблемами в условиях лишения привычного «адаптогена».

3.3. Оценка соматической коморбидности. Помимо социальной дезадаптации, следствием хронической алкогольной интоксикации являются многочисленные висцеральные изменения, которые могут оказывать существенное влияние на общее состояние и удовлетворенность качеством жизни больных. Фактор общей соматической патологии, вызванной хронической алкогольной интоксикацией, обозначается как *индекс алкогольной сомати-*

ческой коморбидности (Malet L. et al., 2006) и измеряется количественно. В данном исследовании за индекс алкогольной соматической коморбидности было принято общее суммарное количество диагностированных соматических заболеваний, явившихся следствием хронической алкогольной интоксикации. К ассоциированным с алкоголизацией заболеваниям были отнесены гепатопанкреатит (гепатит, стеатоз или цирроз), атрофический гастрит, кардиальная патология (гипертензия, кардиомиопатия), неврологические поражения (полинейропатия и др.).

Уровни реадаптации больных АЗ в ремиссии. Варианты ремиссии

Анализ совокупной оценки трех выделенных диагностических блоков позволил выделить три уровня реадаптации больного АЗ в ремиссии. Квалификации *компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная* ремиссия предлагается использовать как интегральные характеристики ремиссий на основе проведения клинической диагностики, оценки уровня социальной адаптации по объективным показателям социального функционирования и личностно-психологической адаптации с учетом субъективной оценки пациентом КЖ как меры его удовлетворенности и благополучия в различных аспектах жизни.

1. Отсутствие проявлений дезадаптации в ремиссии определяется, когда, помимо стойкого сохранения трезвости, отмечаются приближение к норме клинических показателей по шкале комплексной оценки психопатологических расстройств в ремиссии, хороший уровень социального функционирования и положительные, на уровне хорошей нормы, с устойчивыми позитивными тенденциями субъективные оценки восприятия качества жизни в основных жизненных сферах. Ремиссия при этом характеризуется как *компенсированная*.

2. Легкий уровень нарушения реадаптации в ремиссии характеризуется сохранением психопатологических расстройств легкой степени выраженности. Они выражаются в виде эпизодических спонтанных или ситуационно спровоцированных аффективных и астенических нарушений, готовности пациентов реагировать на возникающие трудности появлением эпизодов актуализации ПВА, требующих мобилизации волевых усилий. Одновременно отмечается некоторое снижение уровня социального функционирования в какой-либо сфере жизнедеятельности, отсутствие

улучшений в восприятии качества жизни. Ремиссия характеризуется как *субкомпенсированная*.

3. Выраженный уровень нарушения реадaptации в ремиссии характеризуется актуальными психопатологическими расстройствами умеренной и выраженной степени, стойкими эмоциональными, астеническими расстройствами, вегетативными, идеаторными и поведенческими проявлениями ПВА, низким уровнем социального функционирования, высоким риском срыва, рецидива заболевания. Качество жизни характеризуется большим как плохое. Ремиссия при этом оценивается как *декомпенсированная*.

Особенности реадaptации больных АЗ

Особенности реадaptации больных АЗ в ремиссии изучены на материале комплексного многомерного анализа катамнестического проспективного исследования динамики состояния 80 больных АЗ в возрасте от 28 до 68 лет (средний возраст $46,6 \pm 0,8$) после прохождения стандартного стационарного курса лечения: 56 мужчин (70%) и 24 женщин (30%). Давность формирования ААС до 5 лет имела место у 33,8% больных (27 человек), от 6 до 10 лет – у 36,3% (29 человек) и более 10 лет – у 30% больных (24 человека). Тип течения АЗ в 38,8% случаев (31 человек) был определен как умеренно-прогредиентный, в 61,2% случаев (49 человек) был диагностирован выраженно-прогредиентный тип течения АЗ. В 27,5% (22 пациента) отмечалась постоянная форма употребления алкоголя, в 20% (16 пациентов) – перемежающаяся форма, в 51,3% – псевдозапойная форма (41 пациент) и в 1,2% (1 пациент) – употребление алкоголя по типу истинных запоев.

Особенности реадaptации больных АЗ в период становления ремиссии (ремиссия менее 6 месяцев)

1. Длительность ремиссии до 3 месяцев

Анализ состояния больных АЗ в период становления ремиссии показал актуальность проблемы сохранения психопатологических расстройств у значительной части больных. По квантифицированной шкале интегральной оценки выраженности психопатологических расстройств в периоде 3 месяцев ремиссии значительное улучшение, нормализация психического состояния отмечались лишь у 26% больных, легкий уровень психических нарушений сохранялся у 47% больных, умеренный уровень нарушений – у 27% больных. В первые три месяца после выписки из клиники у 56%

пациентов сохранялись эпизоды *идеаторных проявлений* ПВА (обсессивно-компульсивная шкала ПВА). Они проявлялись в виде мыслей и воспоминаний, связанных с алкоголем, чаще всего в провоцирующих алкогольных ситуациях, а также на фоне усталости, эмоционального напряжения или, наоборот, эмоционального подъема в случаях удачи, успеха. Клиническая оценка ПВА по шкале В.Б. Альтшулера показала взаимосвязь идеаторных проявлений ПВА с эмоциональными расстройствами различного спектра у 70% больных. Периодические сновидения алкогольного содержания отмечались у 27% больных, у которых при воспроизведении их сюжетов наблюдались заметные вегетативные реакции, эмоциональное и мимическое оживление.

По клинической врачебной оценке депрессивные расстройства диагностировались у 22% больных, при использовании шкалы депрессии Бека этот процент возрастал до 33,8%. При диагностике тревожных расстройств отмечалась аналогичная ситуация: клинически очерченные тревожные расстройства были обнаружены у 44% больных, при использовании шкалы Спилбергера-Ханина повышенная тревожность определялась у 70% больных. Подобное расхождение объясняется малой выраженностью эмоциональных расстройств у больных АЗ в ремиссии, носящих, как правило, стертый, субклинический характер. Характерной особенностью депрессивных нарушений, возникающих у больных АЗ в период становления ремиссии, является их статистически значимая связь с ПВА (коэффициенты корреляции Пирсона тяжести депрессии по шкале Бека и выраженности ПВА по шкале Альтшулера и обсессивно-компульсивной шкале соответственно: $R = 0,4$, $p = 0,001$; $R = 0,3$, $p = 0,01$).

У 48% больных в этом периоде ремиссии наблюдались дисфорические реакции в рамках психоорганического синдрома или в структуре психопатоподобных поведенческих расстройств. У 40% больных выявлялись астенические нарушения. Астенические нарушения находились в тесной взаимосвязи с выраженностью ПВА по шкале Альтшулера, а также с индексом алкогольной соматической коморбидности ($R = 0,4$, $p = 0,001$; $R = 0,3$, $p = 0,007$). Больные в начале ремиссии, как правило, начинают в большей степени ощущать свое соматическое неблагополучие по сравнению с периодом злоупотребления алкоголем. Личностные реакции при этом варьируют от развития повышенной тревоги, беспокойства по поводу здоровья, ипохондрических тенденций до формирования убеждения вреда для себя абсолютной трезвости с аргумента-

цией: «Когда пил, был здоровее». Критика к заболеванию по шкале Деминой достоверно ухудшалась по сравнению с состоянием перед выпиской из клиники (критерий Вилкоксона $Z = -4,68$, $p = 0,001$). В оценке собственного здоровья у больных отмечалась тенденция смещения приоритета внимания с психических проявлений зависимости от алкоголя на соматическую сферу, возникали иллюзии выздоровления, возможности умеренного употребления алкоголя.

В сфере *социального функционирования* напряжение адаптации в период становления ремиссии являлось распространенным явлением, особенно в случаях провоцирующего микросоциального окружения и отсутствия реальной поддержки трезвеннических позиций со стороны близких. Наиболее часто (45% случаев) больные испытывали неудовлетворенность работой, особенно уровнем оплаты труда. Кроме того, в сфере трудовой деятельности возникали проблемы взаимоотношений с коллегами, начальством, невозможность трудоустройства в соответствии с личностными потребностями и запросами. В сфере *структурирования свободного времени* (отсутствие увлечений, интересов, однообразное, пассивное времяпровождение, «скука») затруднения отмечены у 25% больных. В сфере *семейных отношений* выраженное напряжение адаптации (ухудшение взаимоотношений, частые конфликты) в исследованной группе отмечено у 13% больных. В целом, по шкале социального функционирования Е.О. Бойко стабильное социальное функционирование в первые три месяца ремиссии отмечалось у 55% больных.

Анализ субъективного восприятия больными в ремиссии **качества жизни** в различных областях жизнедеятельности с помощью шкалы ВОЗКЖ-100 позволил выявить наиболее проблемные сферы с явным неблагополучием. Так, дефицит положительных эмоций выявлен в 35% случаев, неудовлетворенность личными и сексуальными отношениями были характерны для 52% больных. 49% больных испытывали неудовлетворенность в сферах: «возможность для отдыха», «медицинская и социальная помощь», «финансы». Качество жизни по четырем глобальным вопросам шкалы ВОЗКЖ-100 в период 3 месяцев ремиссии как хорошее и очень хорошее оценивали 44% больных, как среднее – 36% и как плохое и очень плохое – 20% больных

Результаты комплексной оценки психопатологических расстройств, показателей социального функционирования и субъективного восприятия КЖ во время 3 месяцев трезвости у больных

АЗ позволили выделить следующие варианты ремиссионных состояний:

- 1) компенсированная ремиссия – 26% больных;
 - 2) субкомпенсированная ремиссия – 43% больных;
 - 3) декомпенсированная ремиссия – 31% больных.
2. Длительность ремиссии 4–6 месяцев

В период ремиссии 4–6 месяцев по квантифицированной шкале выраженности психопатологических расстройств наблюдалась положительная динамика психического состояния. Близкие к норме показатели отмечались у 48% больных, легкие нарушения – у 32% больных и умеренные нарушения – у 20% больных. У 46% больных сохранялись эпизодические проявления ПВА, однако с тенденцией к уменьшению их частоты и интенсивности выраженности как по данным обсессивно-компульсивной шкалы ПВА, так и по врачебной оценке ПВА (шкала Альтшулера). В этот период отмечалась и стабилизация эмоционального состояния больных АЗ. При этом редукция тревожных и дисфорических расстройств, сохранявшихся у 37% и 23% больных соответственно, происходила более значительно, чем депрессивных и астенических нарушений, диагностированных у 28% и 32% больных соответственно. Показатели социального функционирования также улучшались, стабильное социальное функционирование в этом периоде демонстрировали 70% больных. При оценке КЖ по четырем глобальным вопросам шкалы ВОЗКЖ-100, определяющей «общее КЖ», наряду с положительными тенденциями восприятия КЖ выделялась проблемная группа с тенденциями ухудшения КЖ и с «низким», «плохим» КЖ (17%). Наиболее проблемными субсферами жизнедеятельности были дефицит социальной поддержки, положительных эмоций, возможностей для отдыха, неудовлетворенность в сексуальных отношениях.

При комплексной оценке клинического статуса, показателей социального функционирования и субъективного восприятия КЖ в период ремиссии 4–6 месяцев наблюдались следующие варианты ремиссий:

- 1) компенсированная ремиссия – 48% больных;
- 2) субкомпенсированная ремиссия – 32% больных;
- 3) декомпенсированная ремиссия – 20% больных.

В целом анализ динамики показателей социального функционирования и удовлетворенности качеством жизни на этапе становления ремиссии позволил выделить критический период: 2–3-й месяцы соблюдения трезвости. В этот период у 25% больных

отмечались проявления напряжения, истощения адаптивных возможностей в виде ухудшения психического состояния, развития состояний усталости, разочарования, неудовлетворенности, обиды и ухудшения социального функционирования. Психическое (первичное) влечение на этом фоне выступало в тесной связи с индивидуальными особенностями мотивационно-потребностной сферы. Например, если алкоголь являлся привычным средством редукиции напряжения, удовлетворял потребности в релаксации, влечение к алкоголю актуализировалось при появлении признаков напряженности, эмоциональных нагрузках. У части больных (15%) наблюдались различные варианты замещающего поведения (шопинг, донжуанизм, переедание и др.) после отказа от алкоголя. Фиксация на новом привлекательном объекте или виде деятельности могла приводить к формированию новой зависимости (например, увлечение компьютерными играми).

Определенные трудности испытывали больные при противостоянии алкогольным традициям. Большинство из них избегали афишировать свой статус «алкоголика», нередко испытывали затруднения в аргументации своей «абсолютной трезвости».

Особенности реадaptации больных АЗ в период стабилизации ремиссии (ремиссия более 6 месяцев)

Во втором полугодии ремиссии прослеживались отчетливые тенденции к редукиции психопатологических расстройств. Выраженное улучшение, близкое к норме психическое состояние отмечались у 73% больных, у остальных 27% – преимущественно легкий уровень нарушений. У 23% отмечены идеаторные проявления ПВА по обсессивно-компульсивной шкале ПВА в виде редких эпизодов незначительной интенсивности, не требующие больших усилий по совладанию и не мешающие функционированию. По шкале Альтшулера уровень эмоционального и вегетативного компонентов ПВА был преимущественно легкой степени выраженности. Эмоциональные расстройства также отмечались в основном в легкой степени выраженности. Депрессивные состояния наблюдались у 13% больных, дисфорические расстройства у 20%, повышенная тревожность у 29%. Астенические нарушения выявлялись у 17% больных. По шкале социального функционирования Бойко стабильное социальное функционирование отмечалось у 86% больных.

На этапе стабилизации ремиссии 71% больных АЗ оценивали качество своей жизни как хорошее. Показатели КЖ по субсферам у большинства больных были в хорошем и среднем диапазоне. Од-

нако следует отметить, что проблемными субсферами у больных оставались «финансы» – 32% больных, «медицинская, социальная помощь» – 21% больных, «социальная поддержка» – 14% больных, «дефицит положительных эмоций» – 18% больных. В период ремиссии более 6 месяцев отмечалось значительное снижение интенсивности ПВА. В то же время уровень критического отношения к болезни на этапе стабилизации ремиссии существенно не улучшался (табл. 1). Более того, на этапе стабилизации психического и физического состояния нередко наблюдались тенденции к пересмотру трезвеннических позиций, стремление к присоединению к питейным микросоциальным традициям, которым требовалось противостоять в процессе терапии. Установка на трезвость у пациентов для достижения лично значимых целей (среди которых здоровье далеко не всегда являлось приоритетным) нередко изначально распространялась на какой-либо конкретный срок и этим сроком ограничивалась. По мере достижения этих целей оснований для самоограничения становилось меньше, «традиционный» алкогольный образ жизни как способ поощрения за успех казался все более приемлемым.

Таблица 1

Динамика выраженности ПВА и уровня критического отношения к заболеванию в баллах в течение первого года ремиссии

Психометрические показатели	Сроки ремиссии				
	3–4 недели	2–3 месяца	4–6 месяцев	7–9 месяцев	10–12 месяцев
ПВА по шкале Альтшулера (M ± m)	2,5 ± 0,32	2,0 ± 0,31	1,6 ± 0,32	1,38 ± 0,31	1,33 ± 0,29
ПВА по ОКШПВА (M ± m)	1,9 ± 0,39	1,2 ± 0,45	0,77 ± 0,22	0,6 ± 0,24	0,6 ± 0,27
Анозогнозия по шкале Деминой (M ± m)	22,2 ± 0,72	22,3 ± 0,69	22,7 ± 0,74	22,8 ± 0,75	23,0 ± 0,75

Комплексная квантифицированная оценка клинического статуса, показателей социального функционирования и субъективно-

го восприятия КЖ установила, что типология ремиссии в период стабилизации (более 6 месяцев) была следующей:

- 1) компенсированная ремиссия – 73 % больных;
- 2) субкомпенсированная ремиссия – 17% больных;
- 3) декомпенсированная ремиссия – 10 % больных.

Общие особенности становления и стабилизации ремиссии на протяжении 12 месяцев у больных АЗ

На протяжении всего 12-месячного срока наблюдения больных АЗ в ремиссии отмечалась положительная связь выраженности ПВА по шкале Альтшулера с реактивной тревогой по шкале Спилбергера-Ханина, депрессией по шкале Бека и дисфорией по клинической оценке в баллах. Величина выраженности ПВА по obsessивно-компульсивной шкале была достоверно связана с показателем уровня реактивной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина в течение 12 месяцев наблюдения. Связь ПВА с депрессией была достоверной только в первом полугодии, а в последующем не достигала статистической значимости ($R = 0,34$, $p = 0,07$).

Индекс соматической коморбидности как показатель общей биологической декомпенсации достоверно коррелировал с выраженностью астении, тревоги и влечения к алкоголю как по шкале Альтшулера, так и по obsessивно-компульсивной шкале (табл. 2). Выявленные корреляционные взаимосвязи определяют важность комплексного анализа психического и соматического состояния больных АЗ в ремиссии, так как существует высокая вероятность актуализации влечения к алкоголю на фоне обострения хронических соматических заболеваний, что повышает риск рецидива у пациентов в начальный период становления ремиссии.

Таблица 2

Психосоматические взаимосвязи больных АЗ в ремиссии

Показатели	Индекс соматической коморбидности	
	R	P
Астения (клиническая оценка в баллах)	0,3	0,007
ПВА по шкале Альтшулера	0,32	0,004
ПВА по ОКШПВА	0,26	0,02

Примечание: R – коэффициент корреляции Пирсона, p – уровень достоверности.

В наибольшей степени уровень соотношения патогенных процессов и саногенных ресурсов личности человека проявляется при функциональных нагрузках, которые задаются жизненными обстоятельствами больных. Обычные обязанности в трудовой деятельности и семейных отношениях являлись проверкой адаптационных возможностей. По нашим наблюдениям, блок показателей социального функционирования напрямую связан с психопатологическими расстройствами: тяжестью аффективных расстройств в период становления ($R = 0,65$, $p = 0,001$) и стабилизации ремиссии ($R = 0,6$, $p = 0,002$), что свидетельствует о высокой значимости клинико-динамических характеристик заболевания в социальной реадaptации больных АЗ. Достоверная корреляционная связь отмечена между интегральным показателем выраженности психопатологических расстройств и уровнем социального функционирования в семейной сфере ($R = 0,6$, $p = 0,001$), профессиональной деятельности ($R = 0,4$, $p = 0,03$) на протяжении всего 12-месячного периода наблюдения. Связь этого показателя с уровнем способностей структурирования свободного времени, проявлениями психологической, финансовой заботы о родителях и детях была статистически значимой только в первые шесть месяцев ремиссии ($R = 0,35$, $p = 0,015$; $R = 0,36$, $p = 0,012$); в последующем, по мере редукции психопатологических расстройств, связь прослеживалась только на уровне тенденции. Неожиданным оказалось усиление во втором полугодии ремиссии корреляционной связи тяжести показателя общего клинического впечатления с показателем социального функционирования в сфере контактов с друзьями и знакомыми (в период ремиссии 4–6 месяцев $R = 0,2$, $p = 0,2$; в период ремиссии 7–12 месяцев $R = 0,6$, $p = 0,001$). Возможно, что это связано с проявлением у некоторых больных АЗ в ремиссии таких изменений личности, как несвойственные ранее скупость, высокомерие, повышенная требовательность, претенциозность. Эти изменения воспринимались друзьями и знакомыми как негативные, что осложняло общение. В выраженных случаях (4 больных) наблюдались гиперкомпенсаторные представления о своей трезвости, когда трезвенническая позиция провозглашалась непреложной нормой поведения и требованием для всех. Если родственники (жены) к таким вариантам изменений личности постепенно приспосабливались, то друзья и знакомые проявляли свое недовольство более открыто, возникали ссоры, разрывы отношений.

У части больных (23,2%) ухудшение клинических показателей и социального функционирования достигали уровня, соответст-

вующего диагноза по МКБ-10 расстройство адаптации F43.2 (тревожно-депрессивная реакция на ситуацию F43.22 и реакция на ситуацию с преобладанием других эмоций F43.23). Они проявлялись преимущественно в виде субдепрессий, склонности к драматизации, расстройств поведения, вспышек дисфории, агрессии, астенических нарушений, снижения продуктивности в повседневных делах.

У 15% больных в период ремиссии было выявлено изменение паттерна аддиктивного поведения: субстанционные формы аддиктивного поведения (переедание, злоупотребление кофеинсодержащими напитками, усиление курения, злоупотребление снотворными), а еще у 15% больных – несубстанционные замещающие формы поведения (гемблинг, работоголизм, неконтролируемый шопинг, «донжуанизм»).

Кроме объективной характеристики социального функционирования, не менее важно для оценки общего уровня адаптации зависимой личности в ремиссии учитывать субъективное восприятие качества жизни. Соотношение субъективных преимуществ и недостатков трезвости является важным фактором, определяющим отношение к лечению и установку на отказ от алкоголя. Уже по величине субъективного восприятия общего качества жизни и здоровья в ремиссии, а особенно по ее динамике при проспективном наблюдении, можно судить об эмоциональном «принятии» или «непринятии» происходящих после отказа от алкоголя перемен в жизни. Особенно информативным оказывается сравнение качества жизни в ремиссии с оценкой общего восприятия качества жизни до лечения, когда пациент злоупотреблял алкогольными напитками, то есть с «алкогольным» образом жизни. Именно это сравнение, осознанно или неосознанно проводимое человеком, во многом предопределяет его выбор «пить или не пить», «лечиться или нет», «ради чего стоит лечиться». Более подробный анализ профиля КЖ позволяет уточнить наиболее проблемные сферы жизнедеятельности, требующие лечебной поддержки или коррекции.

В исследованной группе больных отмечалась достоверная корреляционная связь субъективного восприятия КЖ и общей оценки социального функционирования, что свидетельствует об адекватной значимости для большинства пациентов затруднений в трудовой деятельности, семейных отношениях, в общении с людьми при субъективной оценке качества жизни ($R = -0,5$, $p = 0,02$). У части пациентов (32%) наблюдалось явное несоответ-

ствии субъективной оценки КЖ и объективной врачебной оценки качества социального функционирования. Чаще наблюдалось несоответствие в сторону неадекватного завышения субъективной оценки КЖ с игнорированием явных, с врачебной точки зрения, проблем в основном у больных с эйфорическим фоном настроения, при психоорганических алкогольных изменениях личности, а также при изменениях личности в ремиссии по типу переоценки собственных возможностей, неадекватной самонадеянности, неоправданного оптимизма.

При всей неоднозначности, нередкой «необъективности» оценки пациентом КЖ в ремиссии, тенденции отсутствия ожидаемого улучшения или ухудшения субъективного восприятия КЖ должны быть в фокусе внимания врача со стремлением уточнить конкретные значимые для больного субсферы и сферы жизни, в которых не оправдались ожидания. В начале становления ремиссии пациенты в целом по группе достоверно более высоко оценивали качество жизни в трезвости по сравнению с оценкой качества жизни в период пьянства ($p = 0,001$). В последующем динамика показателей КЖ носила изменчивый характер, зависела от клинико-динамических характеристик заболевания, реабилитационного потенциала пациентов.

В целом анализ динамики субъективной оценки больными АЗ в ремиссии характеристик основных параметров качества жизни показал достаточно высокую представленность состояний хронической эмоциональной неудовлетворенности. Ухудшение субъективной меры благополучия наиболее часто отмечались в субсферах «практическая социальная поддержка», «возможности для отдыха и развлечений», «личные отношения», «отрицательные эмоции», «сексуальная активность», «жизненная активность, энергия и усталость». Отмечена достоверная взаимосвязь степени выраженности психопатологических расстройств синдрома ПВА с мерой субъективного благополучия во многих сферах жизни (Приложение 6).

Заключение

Комплексная оценка клинико-динамических показателей и характеристик социального и личностно-психологического функционирования больных АЗ в ремиссии дает общее представление о качестве ремиссии, улучшение которого является основной целью лечебно-реабилитационных программ. Использование квантифицированного подхода позволяет уточнять клинико-динамические

характеристики ремиссии, определять выраженность реадaptации больных АЗ, выделять группу риска, требующую наиболее пристального внимания.

Существование связей между тревогой, депрессией, астенией и ПВА (стержневым синдромом заболевания) на этапе становления ремиссии позволяет считать эти психические расстройства важными терапевтическими мишенями, требующими динамического мониторинга и медикаментозной коррекции в ремиссии.

Для наиболее полной оценки полученных данных рекомендуется соотносить показатели социального функционирования с субъективными показателями качества жизни. Диагностика, построенная с использованием учета субъективного восприятия качества жизни, позволяет организовать лечебно-реабилитационный процесс с опорой на саногенные ресурсы личности. Так, например, при трудностях, проблемах в семье, ресурсной может быть сфера профессиональной деятельности. Большой саногенный потенциал имеет духовная сфера, так как в этой сфере в ремиссии негативные тенденции отмечаются редко, больные становятся более «открытыми» для духовных запросов, духовного поиска и личностного роста. Всесторонняя оценка степени компенсации и реадaptации больного АЗ в различных сферах его жизнедеятельности в ремиссии позволяет индивидуализировать реабилитационный процесс.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. Вопросы клиники и терапии / В.Б. Альтшулер. М.: Имидж, 1996. – 216 с.
2. Бек А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери; пер. с англ. А. Татлыбаевой. – СПб.: Питер, 2003. – 298 с.
3. Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование больных наркологическими заболеваниями и шизотипическим расстройством: автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.00.45 / Е.О. Бойко; ННЦ наркологии. – М., 2009. – 34 с.
4. Бокий И.В. Патологическое влечение к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии / И.В. Бокий, С.В. Цыцарев // Ремиссии при алкоголизме: сборник научных трудов / под ред. И.В. Бокий, О.Ф. Ерышева, Т.Г. Рыбаковой. – Л.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1987. – С. 7–19.
5. Даренский И.Д. Аддиктивный цикл / И.Д. Даренский. – М.: Логос, 2008. – 255 с.
6. Демина М.В. Нарушение нозогнозии («синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45 / М.В. Демина; ННЦ наркологии Росздрави. – М., 2005 – 38 с.
7. Ерышев О.Ф. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова. – СПб.: Изд. СПб науч.-иссл. психо-неврол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1996. – 187 с.
8. Иванец Н.Н. Медико-социальные проблемы наркологии и пути их разрешения / Н.Н. Иванец // Вопросы наркологии. – 1997. – № 4. С. 4–11.
9. Иванец Н.Н. Алкоголизм: Руководство для врачей / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. – М.: Изд. «Медицинское информационное агентство», 2011. – 856 с.
10. Использование опросника Качества Жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для психологов и врачей / СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-т. им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Г.В. Бурковский и др. – СПб., 1998. – 57 с.
11. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: метод. реком. / Ленинградский науч.-иссл. психоневрол. ин-т. им. В.М. Бехтерева; сост.: Т.Г. Рыбакова, Т.Н. Балашова. – Л., 1987. – 27 с.
12. Крупицкий Е.М. Краткосрочное интенсивное психотерапевти-

- ческое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины / Е.М. Крупицкий // Психиатрия и наркология в XXI веке: сборник научных статей / под ред. А.Г. Софронова, А.Ю. Егорова. – СПб., 2008. – С. 102–107.
13. Магалиф А.Ю. Экзистенциальная депрессия и алкоголизм / А.Ю. Магалиф, А.А. Магалиф // Аффективные и шизоаффективные расстройства: материалы конф., Москва, 1–3 окт. 2003 г. – М., 2003. – С. 214.
 14. Медико-психологические критерии эффективности терапии и реадaptации больных алкоголизмом: метод. реком. / Ленинградский науч.-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева; сост.: Б.М. Гузиков и др. – Ленинград, 1987. – 16 с.
 15. Постнов В.В. Расстройства адаптации у больных алкоголизмом в ремиссии: автореф. дис. ... канд. мед. наук 14.00.45 / В.В. Постнов; Оренбургская государственная медицинская академия. – Оренбург, 2003. – 28 с.
 16. Применение «Я-структурного теста» для комплексной оценки качества жизни больных алкоголизмом и наркозависимостью: пособие для врачей / СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-т. им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: В.В. Бочаров и др. – СПб., 2003. – 20 с.
 17. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: метод. реком. / СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-т. им. В.М. Бехтерева; сост.: О.Ф. Ерышев и др. – СПб., 2006. – 20 с.
 18. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров: метод. реком. / ННЦ наркологии Росздрава; сост. Т.Н. Дудко и др. – М., 2006. – 74 с.
 19. Цетлин М.Г. Реабилитация наркологических больных. Концепция. Программа / М.Г. Цетлин, В.Е. Пелипас. – М.: Минздрав РФ/НИИ наркологии, 2000. – 46 с.
 20. Beck A.T. An inventory for measuring depression / A.T. Beck et al. // Arch. Gen. Psychiat. – 1961. – № 4. – P. 561–571.
 21. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psycho-pharmacology / W. Guy. – Rockville, Md: U.S. National Institute of Health, 1976. – 616 p.
 22. Malet L. ALQOL 9 for measuring quality of life alcohol dependence / L. Malet, P.M. Llorca, B. Beringuier et al. // Alcohol & Alcoholism. – 2006. – Vol. 41, № 2. – P. 181–187.

Квантифицированная шкала комплексной оценки психопатологических расстройств в ремиссии

	Название признаков	Оценочные баллы
1.	Выраженность эмоционального синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА): – отсутствует – легкая степень выраженности – средняя и тяжелая степень выраженности	0 1 2
2.	Выраженность вегетативного компонента синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА): – отсутствует – легкая степень выраженности – средняя и тяжелая степень выраженности компонента	0 1 2
3.	Выраженность идеаторного компонента синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА): – отсутствует – легкая степень выраженности – средняя и тяжелая степень выраженности	0 1 2
4.	Выраженность поведенческого компонента синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА): – отсутствует – легкая степень выраженности – средняя и тяжелая степень выраженности	0 1 2
5.	Критика к болезни: – полная – частичная – отсутствует	0 2 4
6.	Установка на трезвость: – твердая – формальная – отсутствует	0 2 4
7.	Депрессия: – отсутствие – легкая степень выраженности – умеренно и сильно выраженная	0 1 2

8.	Тревога: - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная	0 1 2
9.	Дисфория: - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная	0 1 2
10.	Астения: - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная	0 1 2
11.	Психоорганический синдром: - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная	0 1 2
12.	Психопатоподобный синдром: - отсутствие - легкая степень выраженности - умеренно и сильно выраженная	0 1 2

Комплексная оценка выраженности психопатологических расстройств в ремиссии рассчитывается как сумма баллов указанных 12 признаков в возможном диапазоне от 0 до 28.

Интерпретационные интервалы: 0–5 – клинические показатели близки к норме; 6–11 – легкий уровень психопатологических расстройств; 12–20 – умеренный уровень психопатологических расстройств; 21–28 – выраженный уровень психопатологических расстройств.

Общее клиническое впечатление Clinical Global Impression (CGI)

ШКАЛА CGI – инструмент оценки, разработанный в ходе исследований шизофрении с целью обеспечить врачу возможность квантифицировать тяжесть заболевания и степень улучшения в ходе терапии.

Подробно шкала CGI описана в публикации W. Guy (1976). Она представлена как пригодная для оценки любой исследуемой популяции. Для тяжести заболевания оцениваемый временной интервал определяется как «сейчас или в течение последней недели», для общего улучшения – «со времени первой оценки».

1. Тяжесть заболевания

В соответствии с вашим клиническим опытом по данной популяции больных, насколько тяжелы психические расстройства у больного в настоящее время?

- 0 = оценка не проводилась
- 1 = здоров, никаких расстройств
- 2 = пограничные психические расстройства
- 3 = легкие расстройства
- 4 = умеренные расстройства
- 5 = выраженные расстройства
- 6 = тяжелые расстройства
- 7 = расстройства из категории самые тяжелые

2. Общее впечатление

Оцените общее улучшение независимо от того, относите ли вы его только на счет лечения. Как велики происшедшие изменения по сравнению с состоянием больного со времени первой оценки?

- 0 = оценка не проводилась
- 1 = очень значительное улучшение
- 2 = значительное улучшение
- 3 = минимальное улучшение
- 4 = без перемен
- 5 = минимальное ухудшение
- 6 = значительное ухудшение
- 7 = очень значительное ухудшение

Обсессивно-компульсивная шкала влечения к алкоголю

Следующие утверждения касаются употребления Вами алкоголя и попыток контролировать его. Пожалуйста, обведите в кружок цифру, соответствующую утверждению, которое наиболее для вас подходит.

Итак, ЗА ПРОШЕДШУЮ НЕДЕЛЮ:

1. В период, когда Вы не употребляли алкоголь, сколько времени было занято идеями, мыслями, побуждениями и образами, связанными с употреблением алкоголя?

Нисколько	0
Меньше 1 часа в день	1
1–3 часа в день	2
4–8 часов в день	3
Больше 8 часов в день	4

2. Как часто случались эти мысли?

Никогда	0
Не более 8 раз в день	1
Более 8 раз в день, но большая часть дня была свободна от этих мыслей	2
Более 8 раз в день, занимали большую часть дня	3
Мысли постоянные, почти что ни часа не проходило без этих мыслей	4

3. Насколько идеи, мысли, побуждения и образы, связанные с употреблением алкоголя, мешали Вашей общественной жизни, работе, нормальному функционированию? Случалось ли, что Вы чего-либо не сделали или не могли сделать из-за этого? (Если Вы в настоящее время не работаете, в какой мере Ваша профессиональная деятельность пострадала бы под влиянием этих мыслей в случае, если бы Вы работали?)

Мысли о выпивке никогда не мешали – я мог нормально функционировать

0

Мысли о выпивке незначительно влияли на мою общественную или профессиональную активность, но в целом моя деятельность не была нарушена

1

Мысли о выпивке определенно влияли на мою общественную или профессиональную активность, но я сохранял способность контролировать ситуацию

2

Мысли о выпивке существенно мешали моей общественной и профессиональной деятельности	3
Мысли о выпивке полностью нарушали мою общественную и профессиональную деятельность	4
4. Насколько эти идеи, мысли, побуждения и образы, связанные с употреблением алкоголя, вызывали у Вас стресс или беспокойство в то время, когда Вы не употребляли спиртных напитков?	
Не вызывали	0
Незначительно, не часто, не причиняли особого беспокойства	1
Умеренно, достаточно часто, вызывали беспокойство, но я мог контролировать себя	2
Значительно, очень часто, вызывали сильное беспокойство	3
Были крайне выражены, практически постоянны, лишали возможности нормально функционировать	4
5. Сколько усилий Вы прилагали, чтобы противостоять этим мыслям, не обращать на них внимания или отвлечься от этих мыслей, в то время когда Вы не употребляли спиртное? (Обозначьте степень приложенных усилий, независимо от того, увенчались они успехом или нет.)	
Подобных мыслей у меня было крайне мало не было необходимости им активно противостоять Если они появлялись, я всегда старался противостоять им	0
Я пытался противостоять им большую часть времени	1
Я делал некоторые попытки противостоять им	2
Я сдавался без попыток противостояв этим мыслям но совершал это с некоторыми колебаниями	3
Я полностью и охотно подчинялся этим мыслям	4
6. Насколько успешно Вам удавалось не думать об этом или отвлекаться от мыслей, связанных с употреблением алкоголя, в то время, когда Вы были трезвы (не употребляли спиртное)?	
Мне легко удавалось не думать об этом или отвлекаться от этих мыслей	0
Обычно мне удавалось не думать об этом или отвлекаться от этих мыслей, если я прилагал определенные усилия концентрировался	1
Иногда я был способен не думать об этом или отвлекаться от этих мыслей	2
Я редко был способен перестать думать об этом, мне с трудом удавалось отвлекаться от этих мыслей	3
Мне редко удавалось отвлечься от этих мыслей даже на мгновение	4

7. Сколько стандартных порций спиртного Вы употребляли ежедневно?	
Не употреблял вообще	0
Меньше 1 порции в день	1
1–2 порции в день	2
3–7 порций в день	3
8 порций в день и больше	4
8. Сколько дней в неделю Вы употребляли спиртное?	
Не употреблял вообще	0
Не более 1 дня в неделю	1
2–3 дня в неделю	2
4–5 дней в неделю	3
6–7 дней в неделю	4
9. Насколько употребление алкоголя мешало Вашей профессиональной деятельности? Случалось ли, что Вы чего-либо не делали или не могли сделать из-за этого? (Если Вы в настоящее время не работаете, в какой мере употребление алкоголя мешало бы Вашей профессиональной деятельности в случае, если бы Вы работали?)	
Употребление алкоголя никогда не мешало, я мог нормально функционировать	0
Употребление алкоголя незначительно влияло на мою профессиональную активность, но в целом моя деятельность не была нарушена	1
Употребление алкоголя определенно негативно влияло на мою профессиональную активность, но я все же мог справиться с работой	2
Употребление алкоголя существенно нарушало мою профессиональную деятельность	3
Употребление алкоголя полностью нарушало мою профессиональную деятельность	4
10. Насколько мешало употребление алкоголя Вашей жизни в обществе? Случалось ли, что Вы чего-либо не делали или не могли сделать из-за употребления алкоголя?	
Употребление алкоголя никогда не мешало —я мог нормально функционировать в обществе	0
Употребление алкоголя незначительно влияло на мою жизнь в обществе, но в целом моя деятельность не была нарушена	1
Употребление алкоголя определенно негативно влияло на мою жизнь в обществе, но я все же мог справиться с ситуацией	2
Употребление алкоголя существенно мешало моей жизни в обществе	3

Употребление алкоголя полностью нарушало мою жизнь в обществе	4
11. Если бы Вам помешали употребить спиртное, когда Вы хотели это сделать, в какой мере это вызвало бы у Вас тревогу и раздражение?	
Я не испытал бы тревоги и раздражения	0
Это вызвало бы легкую тревогу и раздражение	1
Это вызвало бы тревогу и раздражение, но я был бы в состоянии справиться с этим	2
Я испытал бы значительную тревогу или раздражение, которые всерьез бы мне мешали	3
Я испытал бы крайне выраженную тревогу и раздражение	4
12. Сколько усилий Вам приходилось прилагать, чтобы противостоять употреблению спиртных напитков? (Обозначьте выраженность ваших усилий, независимо от того, оказались они успешными или нет.)	
Я употреблял алкоголь крайне мало, не было необходимости активно противостоять этому. Если я употреблял алкоголь, я всегда старался противостоять этому	0
Я пытался противостоять этому в большинстве случаев	1
Я делал некоторые попытки противостоять этому	2
Я почти всегда сдавался без попыток контролировать употребление алкоголя, но совершал это с некоторыми колебаниями	3
Я всегда полностью и добровольно предавался пьянству	4
13. Насколько сильно была выражена у Вас потребность употреблять спиртное?	
Не было потребности	0
Была незначительная потребность употреблять алкоголь	1
Была выраженная потребность употреблять алкоголь	2
Была очень выраженная потребность употреблять алкоголь	3
Потребность употреблять алкоголь была совершенно непреодолима	4
14. Насколько Вы были способны контролировать употребление спиртного?	
Полностью контролировал	0
Обычно я был способен осуществлять сознательный контроль над употреблением спиртного	1
Я с трудом мог контролировать употребление спиртного	2
Я не мог не выпивать и был способен лишь с трудом отсрочить прием спиртного	3
Мне редко удавалось отсрочить прием спиртного даже на короткое время	4

Обработка данных

Для подсчета показателя по данному опроснику баллы по всем его 14 пунктам суммируются. Стандартная порция спиртного — это 1 бутылка пива (0,33 л), или 1 бокал вина (220 мл), или 1 рюмка водки, коньяка и т. п. (30 мл).

Приложение 4

Клиническая оценка переживания наркологической болезни (авторская шкала М.В. Деминой)

1. Общее признание болезни	
1.1. Признание самого факта заболевания	1
1.2. Отказ от болезни	2
2. Характер рассказа больного о своей болезни врачу	
2.1. Высокая готовность и заинтересованность	1
2.2. Формальность и пассивность	2
2.3. Отказ	3
3. Адекватность переживания болезни	
3.1. Признание наркологического заболевания	1
3.2. Признание болезни, но не наркологической	2
4. Полнота нозогнозии (как симптомы признаются пациентом в качестве проявлений болезни)	
4.1. Осознание влечения к ПВА	1
4.2. Влечение к ПВА в форме эмоциональных расстройств	2
4.3. Психопатологические компоненты абстинентного синдрома	3
4.4. Физические компоненты АС	4
4.5. Соматические осложнения	5
5. Субъективный отчет больного о причинах помещения в наркологическую клинику	
5.1. Необходимость избавления от патологического влечения	1
5.2. Непереносимость ПВА («наркологическая усталость»)	2
5.3. Необходимость улучшения физического (психического) состояния	3
5.4. Уступка окружающим	4

6. Переживание вреда болезни	
6.1. Переживание угрозы психическому здоровью и попытка противостоять болезни	1
6.2. Констатация физических осложнений	2
6.3. Констатация социального ущерба в результате болезни	3
6.4. Индифферентно-пассивное отношение к происходящим изменениям	4
6.5. Положительное отношение к факту болезни («любование болезнью», «болезнь как благо», «good grief»)	5
7. Стремление к познанию наступившей болезни	
7.1. На основе логических заключений	1
7.2. На основе чувственных переживаний	2
7.3. Отсутствует полностью	3
8. Способность распознать наркологическую патологию у других пациентов	
8.1. Сохранена	1
8.2. Отсутствует	2
9. Сравнение тяжести своего состояния с состоянием других пациентов	
9.1. Как относительно одинакового	1
9.2. Как более тяжелого	2
9.3. Как более легкого	3
10. Участие в лечебном процессе	
10.1. Заинтересованное и неукоснительное	1
10.2. Безразличие к лечению	2
10.3. Пассивный протест против лечения	3
10.4. Активный протест против лечения	4
11. Субъективная позиция больного по отношению к лечению	
11.1. Доверие к предложенному лечению	1
11.2. Попытка навязать свое мнение о лечении	2
11.3. Отбор лишь негативных данных о лечении	3
12. Оценка больным собственного состояния в процессе лечения	
12.1. Оценивается динамика патологического влечения	1
12.2. Оценивается динамика эмоционального фона	2
12.3. Оценивается динамика сна	3
12.4. Улавливается лишь соматическая динамика	4

13. Диссимуляция болезни	
13.1. Преуменьшение	1
13.2. Экранирование другой патологией	2
13.3. Частичное отрицание	3
13.4. Отнесение к прошлому	4
13.5. Рационализация	5
13.6. Тотальное отрицание	6
14. Исполнение диссимулятивного поведения	
14.1. Правдоподобное	1
14.2. Примитивное	2
14.3. Противоречащее логике («потеря меры»)	3
15. Стойкость и постоянство диссимуляции	
15.1. Диссимуляция осуществляется непостоянно и нестойко	1
15.2. Диссимуляция осуществляется упорно и постоянно	2
16. Оценка больным результатов лечения	
16.1. Оценка изменений ПВ	1
16.2. Улучшение психического состояния	2
16.3. Соматическое улучшение	3

**Шкала показателей социального функционирования
у больных с синдромом зависимости Е.О. Бойко**

Показатели/баллы
<p>1. Агрессивное/аутоагрессивное поведение</p> <p>0 – отсутствие симптоматики</p> <p>1 балл – держится грубовато, замкнуто, но не наносит физический ущерб себе или окружающим</p> <p>2 балла – держится агрессивно (грубо, фамильярно разговаривает, публично оскорбляет других), ломает или портит вещи. Совершает аутоагрессивные поступки (самопорезы, частые аварии и др.). Без намерения нанести физический ущерб себе или окружающим. Расстройства поведения эпизодические, но яркие</p> <p>3 балла – расстройства поведения частые: вербальные угрозы, физическое насилие (драчливость). Агрессивные (аутоагрессивные) поступки без намерения или возможности нанести серьезный физический ущерб себе или окружающим</p> <p>4 балла – частые агрессивные (аутоагрессивные) поступки с целью нанести физический ущерб себе или окружающим</p>
<p>2. Аффективные расстройства</p> <p>0 – отсутствие симптоматики</p> <p>1 балл – слабо выраженные снижение настроения, аморфная тревога или раздражительность. Самостоятельно жалоб не предъявляет, диагностируется только при тщательном расспросе</p> <p>2 балла – средняя выраженность аффективных расстройств, пациент самостоятельно предъявляет жалобы</p> <p>3 балла – выраженные аффективные расстройства, пациент самостоятельно предъявляет жалобы, выражение лица, мимика, жесты, поза свидетельствуют о переносимых страданиях</p> <p>4 балла – глубокие аффективные расстройства с возможной витализацией аффекта</p>
<p>3. Психоорганические нарушения</p> <p>0 – отсутствие симптоматики</p> <p>1 балл – слабо выраженное снижение интеллектуально-мнестических функций</p> <p>2 балла – средняя выраженность интеллектуально-мнестических функций, обстоятельность мышления, нарушение отдельных видов памяти: на текущие события, оперативной и репродуктивной памяти</p>

3 балла – сильная выраженность интеллектуально-мнестических функций. Ригидность мышления, нарушения понимания, примитивность суждений, неспособность разобраться в сложных ситуациях с растерянностью

4 балла – стойкое выраженное снижение интеллектуально-мнестических функций, доходящее до уровня деменции

4. Критические способности

0 – критика к состоянию и своему заболеванию полная

1 балл – критика к своему состоянию и заболеванию частичная

2 балла – критика к состоянию и заболеванию формальная

3 балла – критика к состоянию и заболеванию снижена в значительной степени

4 балла – стойкая утрата критического отношения к своему состоянию и заболеванию

5. Способности к самообслуживанию

0 – содержит себя, свою одежду в чистоте и порядке, поддерживает свое жилище в чистоте и порядке

1 балл – существуют некоторые кратковременные затруднения в самообслуживании, о которых известно только очень близким людям

2 балла – способен к самообслуживанию, но делает это на минимальном уровне. Затруднения умеренные, очевидны любому человеку из окружения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – эпизодически возникающие трудности в самообслуживании. Имеющиеся затруднения сильно препятствуют функционированию в выделенной области, но больной способен функционировать без профессиональной помощи

4 балла – не соблюдает правил гигиены и не поддерживает порядок в жилище. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

6. Трудовая (профессиональная) деятельность

0 – наличие постоянной работы, понимание необходимости работы. Профессиональные качества больного высоко оцениваются коллегами

1 балл – наличие постоянной работы, понимание необходимости работы. О некоторых затруднениях в профессиональной сфере известно только очень близким людям. Если затруднения в работе присутствуют, то они кратковременны

2 балла – конфликты с коллегами по работе, не приводящие к потере работы, периодические прогулы на работе. Затруднения умеренные, очевидны любому человеку из окружения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – выбор работы, провоцирующей к употреблению ПАВ; неспособность сохранения рабочего места, Имеющиеся затруднения сильно препятствуют функционированию в выделенной области, но больной способен функционировать без профессиональной помощи

4 балла – не имеет работу, не способен самостоятельно найти работу и/или ее выполнять. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

7. Контакты с друзьями, знакомыми

0 – сохранность социальных связей, контакты с друзьями/знакомыми определяются эмоциональной привязанностью

1 балл – сохранность социальных связей, контакты с друзьями/знакомыми определяются эмоциональной привязанностью. Наличие лишь таких затруднений, с которыми сталкиваются все люди

2 балла – сужение социальных контактов, как правило, ограничивающееся общением с людьми, имеющими сходные проблемы с ПАВ. Проблемы очевидны любому человеку из окружения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – частые конфликты с друзьями/знакомыми; значительное сужение круга общения до уровня необходимого (чаще потребительского). Имеющиеся затруднения сильно препятствуют функционированию в выделенной области, но больной способен функционировать без профессиональной помощи

4 балла – неспособность поддерживать контакты с друзьями, знакомыми; отсутствие социальных связей. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

8. Семейные отношения

0 – наличие семьи, потребность в семейном образе жизни, установка на сохранность семьи

1 балл – наличие семьи, установка на сохранность семьи. Существуют некоторые трудности в семейных отношениях, но они кратковременны. Затруднения отмечают только близкие люди

2 балла – конфликты с родственниками, членами семьи, не приводящие к ее потере. Затруднения умеренные, очевидны любому человеку из окружения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – частые конфликты с членами семьи и/или близкими. Имеющиеся затруднения сильно препятствуют функционированию в выделенной области, но больной способен функционировать без профессиональной помощи

4 балла – не имеет семьи, отсутствует потребность в семейном образе жизни, либо отсутствует установка на сохранность семьи. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

9. Забота о родителях/детях

0 – проявляет психологическую, финансовую заботу о родителях/детях

1 балл – кратковременные затруднения в отношениях с родителями/детьми, о которых известно только очень близким людям

2 балла – отношение к родителям/детям противоречивое. Изменения очевидны любому человеку из окружения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – формальное отношение к родителям/детям. Отсутствие эмоциональных привязанностей. Больной имеет возможности восстановить функционирование в этой области без профессиональной помощи

4 балла – не заботится о членах семьи, детях. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

10. Структурирование свободного времени

0 – способен структурировать свое свободное время; интересы и деятельность разнообразны

1 балл – способен структурировать свое свободное время, имеет интересы. Наличие лишь таких проблем, с которыми сталкиваются все люди

2 балла – умеренные затруднения в структурировании свободного времени. Изменения очевидны любому человеку из окру-

жения больного, но они не оказывают существенного отрицательного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области

3 балла – выраженные трудности в структурировании свободного времени. Интересы и увлечения однобокие. Имеющиеся затруднения сильно препятствуют функционированию в выделенной области, но больной способен функционировать без профессиональной помощи

4 балла – свободное время посвящено поиску и употреблению ПАВ. Отсутствие других интересов и увлечений. Имеющиеся затруднения делают невозможным функционирование больного без профессиональной помощи

В разработанной шкале была применена 5-балльная градация тяжести выделенных признаков, от 0 до 4 баллов, где 0 баллов – отсутствие признака, 1 балл – мало выражено, 2 балла – средне выражено, 3 балла – сильно выражено, 4 балла – очень сильно выражено.

Общая оценка социального функционирования выглядела следующим образом.

0–10 – нормализация клинических и социальных показателей, стабильное социальное функционирование

11–20 – частичная нормализация клинических и социальных показателей, средний уровень социального функционирования

21–30 – частичное улучшение клинических и социальных показателей, низкий уровень социального функционирования

31–40 – без изменений клинических и социальных показателей, крайне низкий уровень социального функционирования

**Корреляции выраженности ПВА по шкале Альтшулера
с мерой удовлетворенности
в различных сферах жизни у больных АЗ
в периоды становления и стабилизации ремиссии**

Сферы и субсферы Качества Жизни	2–3 мес. ремиссии		4–6 мес. ремиссии		7–12 мес. ремиссии	
	R	p	R	p	R	p
Физическая сфера	-.485	.014	-.438	.001	-.258	.185
Психологическая сфера	-.588	.002	-.380	.001	-.358	.061
Уровень независимости	-.399	.048	-.430	.001	-.315	.102
Социальные отношения	-.357	.080	-.362	.001	-.459	.014
Окружающая среда	-.569	.003	-.387	.001	-.238	.242
Духовная сфера	-.439	.028	-.146	.097	-.344	.073
Качество жизни по 4 глобальным вопросам	-.548	.005	-.339	.002	-.415	.028
Общее КЖ и состояние здоровья	-.545	.005	-.439	.001	-.409	.031
Физическая боль и дискомфорт	-.281	.174	-.196	.081	-.342	.075
Жизненная активность, энергия и усталость	-.438	.029	-.423	.001	-.176	.369
Сон и отдых	-.400	.047	-.378	.001	-.113	.567
Положительные эмоции	-.487	.014	-.355	.001	-.360	.060
Познавательные функции	-.552	.004	-.236	.035	-.314	.103
Самооценка	-.580	.002	-.343	.002	-.289	.136
Образ тела и внешность	-.261	.207	-.304	.006	-.212	.280
Отрицательные эмоции	-.444	.026	-.272	.015	-.319	.098
Подвижность	-.005	.979	-.381	.12	-.219	.264
Способность выполнять повседневные дела	-.403	.046	-.311	.005	-.342	.075
Зависимость от лекарств и лечения	-.151	.472	-.226	.044	-.211	.282
Способность к работе	-.432	.031	-.397	.001	-.263	.176
Личные отношения	-.370	.068	-.327	.003	-.516	.005
Практическая социальная поддержка	-.279	.176	-.311	.005	-.449	.016
Сексуальная активность	-.170	.417	-.256	.022	-.451	.016
Физическая безопасность и защищенность	-.174	.406	-.490	.002	-.060	.932
Окружающая среда дома	-.450	.024	-.200	.075	-.124	.702

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Методы оценки клинического и социального статуса больных АЗ в ремиссии	5
Уровни реадaptации больных АЗ в ремиссии. Варианты ремиссии	9
Особенности реадaptации больных АЗ	10
Особенности реадaptации больных АЗ в период становления ремиссии	10
(ремиссия менее 6 месяцев)	10
Особенности реадaptации больных АЗ в период стабилизации ремиссии (ремиссия более 6 месяцев).....	14
Общие особенности становления и стабилизации ремиссии на протяжении 12 месяцев у больных АЗ.....	16
Заключение	19
Список литературы	21
Приложения	23

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. E-mail: onmi@bekhterev.ru

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

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 16.04.2012. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

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