



**Применение методов ранней
диагностики и профилактики аффективных
расстройств у пациентов общесоматической
сети, злоупотребляющих алкоголем**

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор



**Применение методов ранней
диагностики и профилактики аффективных
расстройств у пациентов общесоматической
сети, злоупотребляющих алкоголем**

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы) по государственному контракту №К-16-НИР/46-1 от 7 июня 2010 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством ранней диагностики, профилактики и терапии аффективных расстройств в условиях первичной медицинской сети».

Санкт-Петербург
2012

АННОТАЦИЯ

В методических рекомендациях содержится описание 2-х этапной модели диагностики аффективных расстройств и злоупотребления алкоголем у пациентов первичной общесоматической сети, предлагаются мероприятия профилактики. Использование предложенной модели позволяет оптимизировать лечение пациентов общесоматической сети, что ведет к улучшению состояния психического здоровья населения в целом.

Результаты работы могут быть внедрены в многопрофильные стационары и поликлиники, имеющие в штате врача психиатра/психотерапевта.

Организация разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева.

Авторы: старший научный сотрудник, к. м. н. Рыбакова К.В., врач высшей категории Попов А.П., д. м. н., профессор Крупицкий Е.М.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

1. **ARQ** – Alcoholism Risk Questionnaire – Опросник риска развития алкоголизма
2. **AUDIT** – The Alcohol Use Disorders Identification Test – Тест на выявление злоупотребления алкоголем
3. **BMAST** – Brief Michigan Alcoholism Screening Test. – Сокращенный вариант Мичиганского алкогольного скрининг-теста
4. **MAST** – Michigan Alcoholism Screening Test – Мичиганский алкогольный скрининг-тест
5. **MAC** – (MacAndrew Alcoholism Scale) – Шкала алкоголизма МакАндрю

ВВЕДЕНИЕ

Распространенность аффективных, особенно депрессивных расстройств возрастает во всем мире. По данным ВОЗ к 2020 г. депрессия будет занимать второе место среди 10 основных заболеваний приводящих к инвалидности, уступая лишь сердечно-сосудистой патологии.

С одной стороны, на рост частоты депрессивных расстройств оказывают влияние социальные факторы (урбанизация, увеличение продолжительности жизни, повышение темпа жизни, объема предоставляемой информации и прочих стрессогенных событий). С другой стороны, совершенствование методов диагностики и обучение врачей-интернистов навыкам их применения ведет к улучшению выявляемости аффективных расстройств, в том числе у пациентов, обращающихся в первичную медицинскую сеть.

Особое внимание в последние годы уделяется субсиндромальным депрессиям, представляющим из себя стертые формы, в клинической картине которых доминируют соматизированные, вегетативные и невротические нарушения. Именно эти проявления депрессии заставляют пациентов обращаться за медицинской помощью. Известно, что больные, страдающие депрессивными расстройствами обращаются к врачам-интернистам в связи с соматическими жалобами, образуя пул диагностически неясных пациентов, которые в подавляющем большинстве случаев не получают необходимой помощи.

Именно поэтому в современных условиях проблема депрессий рассматривается как одна из ключевых не только в психиатрии, но и в общей медицине.

Особенно важным своевременное обнаружение депрессивных нарушений в общесоматической практике является потому, что, несмотря на относительно неглубокую степень нарушения психического функционирования, они приводят к негативным медицинским и социальным последствиям. Аффективные расстройства ухудшают течение сопутствующего соматического заболевания, провоцируя их обострения, усугубляя их течение, увеличивая сроки, необходимые для выздоровления, и тем самым удлиняя сроки госпитализации. Депрессивные расстройства являются фактором, который снижает качество жизни у больных с соматическими заболеваниями, и значительно снижают адаптационные возможности пациентов.

С другой стороны, аффективные расстройства сами могут явиться следствием соматического заболевания и быть как психогенными, т.е. являться психологически понятной реакцией на болезнь и связанные с нею ограничения деятельности, так и соматогенными, то есть возникать в силу возможных метаболических изменений или интоксикации при соматической патологии.

Частным случаем состояния хронической интоксикации является злоупотребление алкоголем. Аффективные нарушения при алкоголизме могут носить как первичный (существовать преморбидно), так и вторичный характер. Особенностью этих расстройств является частое сочетание пониженного настроения и тревоги.

Злоупотребление алкоголем способствует утяжелению течения аффективной патологии, сокращению продолжительности ремиссий. В свою очередь, возникновение депрессивных расстройств ведет как к инициации, так и к возобновлению злоупотребления алкоголем. Алкоголь и его деривативы воздействуют на мозговые механизмы, ответственные за регуляцию эмоций. С нейробиологической точки зрения зависимость формируется за счёт воздействия психоактивного вещества на структуры мозга, называемые «системой подкрепления», вызывая эмоционально-позитивные реакции. Морфологическим субстратом формирования влечения к алкоголю являются структуры лимбической системы, ответственные за формирование положительных и отрицательных эмоций. Наличие же депрессивных нарушений считается фактором риска формирования алкогольной зависимости.

Следует подчеркнуть, что алкогольная зависимость сочетается, как правило, с неглубокими депрессивными состояниями. Необходимость учитывать высокую встречаемость депрессии у лиц, злоупотребляющих алкоголем, тем более важна в связи с сохраняющейся мировой тенденцией к увеличению употребления

спиртных напитков и росту заболеваемости алкоголизмом. В России этот показатель в 2001 г. составил 140,1 на 100 тыс. населения против 130,0 – в 2000 г. Среди пациентов многопрофильных соматических стационаров частота злоупотребляющих алкоголем составляет 20% – 35%.

Известно, что показатели, характеризующие здоровье и демографическую ситуацию в России в целом, зависят (как прямо, так и косвенно) от потребления алкоголя. При этом отмечается обратная зависимость: чем выше уровень потребления алкоголя, тем менее благополучны показатели здоровья населения России. Способствуя развитию соматических и психических заболеваний, злоупотребление алкоголем является одной из важнейших причин смертности населения. Показатель преждевременной смертности мужчин в 5 раз выше, чем у женщин, что, безусловно, связано и с более высоким уровнем злоупотребления алкоголем мужчинами.

Таким образом, масштаб проблем психического здоровья требует существенного изменения в организации соответствующей лечебно-консультативной психиатрической помощи, с развитием новых ее форм, выходящих за рамки традиционной специализированной психиатрической службы, и с объединением усилий различных специалистов психиатров, терапевтов, кардиологов, неврологов, а также психологов и социальных работников. Основным требованием, предъявляемым к психиатрической службе на современном этапе, становится развитие ее новых форм, обеспечивающих ее доступность и приближение к населению. Все более очевидна необходимость взаимодействия как психиатрической, так и наркологической помощи с общей системой здравоохранения, в частности, в виде интеграции с учреждениями первичной медицинской сети.

Приоритетным направлением взаимодействия является профилактика психических расстройств и зависимостей различных видов. Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития России № 225ан от 9 апреля 2010 г. «Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации» в перечень мероприятий первичной и вторичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами включаются:

1. Информирование населения о влиянии на здоровье таких негативных факторов, как употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем, и другими психоактивными веществами, а также участие в азартных играх и возможности их предупреждения;

2. Раннее выявление лиц, входящих в группы риска: употребляющих психоактивные вещества, участвующих в азартных играх, а также больных с наркологическими заболеваниями и патологическим влечением к азартным играм;
3. Информирование граждан о системе наркологической помощи и медико-социальной реабилитации при наркологических заболеваниях и патологическом влечении к азартным играм;
4. Формирование у граждан мотивации к обращению за наркологической медицинской помощью и медико-социальной реабилитацией;
5. Предупреждение формирования заболевания у лиц, имеющих эпизоды злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами;
6. Предупреждение формирования заболевания у лиц, входящих в группу риска: употребляющих алкоголь, наркотические и другие психоактивные вещества с пагубными последствиями, а также участвующих в азартных играх.

Учитывая вышеизложенное, очевидна необходимость разработки и внедрение объективных и доступных для использования в практической работе алгоритмов ранней диагностики и профилактики как депрессивных расстройств, так и алкогольной зависимости, которые могут быть использованы в условиях общесоматического лечебного учреждения.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Общие положения

Использование скрининговых методик у пациентов общемедицинской сети ведет к раннему выявлению нарушений настроения на фоне злоупотребления алкоголем, и, как следствие, к ранней терапевтической интервенции, то есть является эффективной стратегией, которая может быть применена у пациентов общесоматической сети.

Так как скрининговая диагностика является предварительной, то для более детальной квалификации состояния и установления нозологического диагноза необходима консультация врача-психиатра. Учитывая, что в настоящее время все большее количество лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения имеют в своем штате врачей-психиатров и/или психотерапевтов, становится актуальным использование

2-х этапного алгоритма диагностики аффективных расстройств и злоупотребления алкоголем.

Двухэтапная модель включает в себя:

- 1 этап – скрининговое обследование пациентов, обратившихся по поводу соматического неблагополучия в лечебно-профилактическое учреждение общего профиля.
- 2 этап – углубленное специализированное обследование врачами психиатрами (работающими на базе данного медицинского учреждения) пациентов, имеющих по результатам скрининга сочетание депрессивных расстройств и злоупотребление алкоголем.

Используемые для скрининга методики должны отвечать следующим критериям:

1. Простота применения в первичной медицинской сети:
 - Заполнение диагностических тестов не должно занимать много времени (до 10–15 минут);
 - Используемые шкалы/опросники должны быть понятны пациентам;
 - Обработка должна быть проста и не занимать много времени (не более 2–3 минут);
 - Использование набора методик не должно требовать дополнительного обучения врачей-интернистов.
2. Высокая чувствительность методик в отношении депрессии и злоупотребления алкоголем.

Интегрирование специализированной психиатрической помощи в общемедицинское учреждение (наличие врачей-психиатров в штате) позволяет совмещать 1-й этап — скрининговое обследование пациентов и 2-й этап — углубленное обследование пациентов, имеющих аффективные расстройства и злоупотребление алкоголем.

Несомненными преимуществами психиатрического консультирования непосредственно на базе поликлиники или общесоматического стационара является:

- Доступность психиатрической помощи — посещение врача-психиатра может быть осуществлено в тот же день, что и визит к врачу-терапевту; нет необходимости в посещении другого лечебного учреждения;
- Отсутствие стигматизации пациентов как «страдающих алкогольной зависимостью» или «психически больных людей», так как в данной ситуации обращение к врачу-психиатру не сопряжено с постановкой на психиатрический или наркологический учет;

- Наличие согласованной тактики врачей-интернистов и психиатров при выявлении у пациентов аффективных нарушений и злоупотребления алкоголем.

Этап 1 – диагностический скрининг

Общими задачами скрининг диагностики депрессии являются:

- Выявление наличия депрессии;
- Оценка выраженности состояния;
- Оценка динамики состояния во время лечения.

В целях ранней диагностики расстройств депрессивного спектра широко используются специальные шкалы, позволяющие выявлять и лечить депрессию уже на ранних этапах ее развития. Примерами шкал, наиболее часто используемых для диагностики депрессии, могут служить следующие шкалы:

- шкала Гамильтона;
- шкала оценки депрессии Бека;
- шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберга;
- шкала самооценки Цунга.

1. Шкала депрессии Гамильтона

Шкала Гамильтона для оценки депрессии состоит из 21-го пункта и заполняется при проведении клинического интервью (занимающего примерно 20–25 минут). При заполнении шкалы Гамильтона может применяться специально разработанное для этой шкалы структурированное клиническое интервью. Пункты шкалы должны отражать состояние пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели. Суммарный балл определяется по первым 17-ти пунктам (9 из которых оцениваются по баллам от 0 до 4-х, а 8 – от 0 до 2-х). Четыре последних пункта шкалы Гамильтона (с 18-го по 21-й) используются для оценки дополнительных симптомов депрессии и определения подтипов депрессивного расстройства. Баллы по данным 4 пунктам не используются при определении степени выраженности депрессии, и эти баллы не учитываются при подсчете суммарного балла шкалы Гамильтона, который определяет тяжесть депрессивного расстройства.

2. Шкала депрессии Бека

Опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти

утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть упрощенной: опросник выдается на руки пациенту и заполняется им самостоятельно. Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. В методике выделяются две подшкалы: когнитивно-аффективная (С-А) и подшкала соматических проявлений депрессии (S-P) Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

3. Шкала Монтгомери-Асберга

Шкала предназначена для быстрой и точной оценки тяжести депрессии и изменения тяжести состояния в результате терапии. Каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 6 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 60 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

4. Шкала Зунга для самооценки депрессии

Шкала Зунга обладает высокой чувствительностью и специфичностью. В тестировании учитывается 20 факторов, которые определяют четыре уровня депрессии. В тесте присутствуют десять позитивно сформулированных и десять негативно сформулированных вопросов. Каждый вопрос оценивается по шкале от 1 до 4 (на основе этих ответов: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно»). Результаты шкалы могут быть от 20 до 80 баллов. Полная процедура тестирования с обработкой занимает 20–30 минут.

Под скрининговой диагностикой алкогольной зависимости понимается выявление состояний риска или повышенного риска возникновения алкогольной зависимости с помощью психологических тестов и других процедур, которые обеспечивают максимально быстрый ответ. Примерами психологических тестов, предназначенных для ранней диагностики алкогольной зависимости, являются:

1. ARQ (Alcoholism Risk Questionnaire)

Включает 16 разделов, касающихся психологических, поведенческих и социальных функций опрашиваемого.

2. MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

Состоит из 24 вопросов о влиянии алкоголя на межличностные отношения, работоспособность, здоровье и другие сферы

жизни. Работа над тестом занимает 10–15 минут. Оценка проводится в баллах от 1 до 5.

3. BMAST (Brief Michigan Alcoholism Screening Test).

Сокращенный вариант MAST, состоит из 10 вопросов и является полезным инструментом в выделении из общей популяции проблемных потребителей алкоголя, а также моделей потребления алкоголя среди зависимых.

4. MAC (MacAndrew Alcoholism Scale).

Состоит из 5 разделов: работа, семья, финансы, проблемы с законом, здоровье. Является инструментом для выявления как начальных, так и развернутых стадий зависимости от алкоголя.

5. AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test)

Разработан на основе кооперативного проекта ВОЗ с участием 6 стран. Представляет собой достаточно надежный скрининговый инструмент, используемый для выявления лиц, употребляющих вредное для здоровья количество алкоголя. Он состоит из 10 пунктов и заполняется испытуемым самостоятельно. Каждый пункт оценивается от 0 до 4 баллов, суммарный показатель колеблется от 0 (расстройства отсутствуют) до 40 (серьезные расстройства).

Для реализации скринингового обследования, всем пациентам, обратившимся в лечебно-профилактическое учреждение общего профиля, в доврачебном кабинете поликлиники или приёмном покое больницы выдаются стандартные бланки, содержащие пакет шкал самоотчета.

Примером апробированного пакета диагностических шкал, зарекомендовавших себя как высоко валидные и удобные в использовании, может служить следующий набор для скрининга диагностики депрессии и злоупотребления алкоголем. Время, необходимое для заполнения всех предложенных тестов, не превышает 10 минут. Результаты видны наглядно и просты в интерпретации.

1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Шкала состоит из 14 утверждений, составляющих 2 подшкалы – депрессия и тревога – и предназначена для скринингового обследования взрослых пациентов соматического стационара и амбулаторных больных (максимальное количество баллов 21 по каждой подшкале).

Подшкала А – «тревога»: нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9,11,13.

Подшкала D – «депрессия»: четные пункты 2, 4, 6; 8,10,12,14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

симальная выраженность).

Текст шкалы приведен ниже.

1. Я испытываю напряжённость, мне не по себе
2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
3. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться
4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
5. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове постоянно
6. Я испытываю бодрость
7. Я легко могу сесть и расслабиться
8. Мне кажется, что я стал всё делать очень медленно
9. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
10. Я не слежу за своей внешностью
11. Я испытываю неуверенность, словно мне постоянно нужно двигаться
12. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
13. У меня бывает внезапное чувство паники
14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы.

Интервалы градации уровня тревоги/депрессии выделяются следующим образом:

- Уровень тревоги/депрессии клинически незначимый (низкий) – до 7 баллов;
- Субклинический (средний) уровень депрессии/тревоги от 8 до 10 баллов.
- От 11 баллов и выше – уровень тревоги/депрессии расценивается как высокий.

2. Визуально-аналоговая шкала оценки уровня депрессии и тревоги, представляющая собой линию длиной 100 мм, на которой точкой отмечается представление о настроении за последнюю неделю. При этом 0 мм соответствует наилучшей оценке (полное отсутствие пониженного настроения и тревоги), а 100 мм – наихудшей (максимальная выраженность пониженного настроения и тревоги). Оценку производит сам больной.

3. Опросник алкоголизма БРВП, состоящий из 4 вопросов и предназначенный для экспресс диагностики злоупотребления алкоголем:

1. Пытались ли Вы когда-либо бросить пить?

2. Раздражает ли Вас, когда люди спрашивают о том, как Вы пьете?
3. Испытываете ли Вы чувство вины за то, как пьете?
4. Похмелялись ли Вы когда-нибудь по утрам?

Диагностическая оценка производится по следующим критериям:

- 1 положительный ответ указывает на вероятность наличия алкогольных проблем и требует дальнейшего расспроса;
- 2 или 3 утвердительных ответа должны вызывать у исследователя сильную настороженность;
- 4 положительных ответа позволяют предварительно диагностировать алкогольную зависимость.

Пациенты должны получать стандартную инструкцию по заполнению бланка. Пример такой инструкции:

«Уважаемый пациент! Эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Этот опросник разработан для того, чтобы Ваш врач смог лучше понять Ваше состояние и, следовательно, смог бы более качественно помочь Вам. Здесь нет «правильных» и «неправильных» ответов, Ваша первая реакция всегда будет более верной. Пожалуйста, проследите за тем, чтобы каждый пункт был заполнен».

Бланк скрининговой диагностики самостоятельно заполняется пациентом перед осмотром врачом-интернистом.

По результатам скрининга, больные, имеющие значимые повышения показателей по шкалам депрессии, тревоги и давших один и более положительных ответов по шкале злоупотребления алкоголем, расцениваются как попавшие в «группу риска».

Пациентов, попавших в группу риска, врачи-интернисты знакомят с предварительными результатами скринингового обследования, кратко поясняя значение полученных результатов.

Для уточнения психического состояния врачу-интернисту рекомендуется задать пациенту дополнительные вопросы, касающиеся его настроения, мыслей о будущем, способности получать удовольствие, наличия конфликтных ситуаций в семье или на работе. Информативными могут быть ответы на вопросы о наличии соматических симптомов как депрессии, так и алкогольного абстинентного синдрома (наличие нарушений сна, отсутствие аппетита, потеря веса, колебания артериального давления, повышенная утомляемость). Задавая вопросы, следует избегать медицинской терминологии, необходимо использовать понятные для

большого слова. Предпочтительно использование открытых вопросов, то есть вопросов, на которые нельзя ответить «да» или «нет», и которые предполагают развернутый ответ. Примером могут служить такие вопросы как:

- Как бы Вы описали свое настроение?
- От чего Вы в жизни испытываете удовольствие?
- Что Вы думаете о своем будущем?
- Как Вы думаете, что в Вашем состоянии беспокоит Ваших близких?

Для уточнения наличия аффективных и аддиктивных расстройств, постановки окончательного диагноза (в тех ситуациях, когда это требуется) и возможного подбора терапии пациенты, попавшие в группу риска, направляются на консультацию к врачу-психиатру. Направление к врачу-психиатру носит рекомендательный характер. При этом врач-интернист должен учитывать, что ряд пациентов может опасаться обращения к врачу-психиатру в связи такими факторами как:

- Боязнь возможных социальных ограничений (постановка на учет, запрет на вождение автотранспорта, ограничение профессиональной деятельности);
- Боязнь негативной реакции, осуждения окружающих, в случае разглашения факта их обращения за помощью к врачу-психиатру;
- Распространенное неверное опасение негативного влияния приема всех психотропных препаратов («может возникнуть зависимость», «плохо влияют на печень и другие внутренние органы»).

Врачебная тактика, при которой врач-интернист:

- информирует пациентов о возможности получения специализированной психиатрической помощи в рамках данного лечебно-профилактического учреждения;
- разъясняет необходимость консультации врача-психиатра;
- полно отвечает на вопросы пациентов;
- проявляет сочувствие и доброжелательность в процессе беседы

ведет к существенному увеличению обращаемости пациентов из группы риска за специализированной психиатрической помощью.

Этап 2 - специализированное психиатрическое консультирование

Все пациенты, попавшие в группу риска и пришедшие на консультацию к врачу-психиатру, проходят углубленное клиническое обследование. Врачи-психиатры уточняют наличие и степень выраженности аффективных нарушений и злоупотребления алкоголем.

Диагностическими критериями депрессии являются:

- сниженное настроение,
- утрата интересов и способности получать удовольствие;
- снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности.
- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- идеи виновности и унижения;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия направленные на самоповреждение или суицид;
- нарушенный сон;
- сниженный аппетит.

Сниженное настроение мало колеблется в течение дней, у пациента часто нет

реакции на окружающие обстоятельства, однако, могут быть характерные суточные колебания с максимальной выраженностью плохого настроения по утрам. Следует обратить внимание, что снижение настроения также может быть маскировано чрезмерным употреблением алкоголя. Для постановки диагноза «депрессия» необходимо существование части перечисленных симптомов не менее двух недель.

В качестве диагностических критериев, на основании которых врач-психиатр делает заключение о наличии алкогольных проблем у пациентов, используются следующие признаки.

Злоупотребление алкоголем

- Наличие непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя алкоголя;
- Должны быть данные о том, что употребление именно алкоголя обусловило физические или психологические вредные изменения, или в значительной мере способствовало их возникновению;

- Утрачивается количественный контроль (контроль за дозой) при употреблении алкогольных напитков;
- Ослабляется ситуационный контроль. Возможно употребление алкоголя в ситуациях, сопряженных с риском;
- Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями;
- Воздержание от алкоголя нередко сопровождается эмоциональными нарушениями. При этом, характерные для синдрома алкогольной зависимости симптомы (психическая и физическая зависимость, толерантность) не выражены;
- Употребление алкоголя продолжается, несмотря на осознание пагубных последствий;
- Характер употребления сохраняется или периодически повторяется в предыдущие 12 месяцев.

Зависимость от алкоголя

- Сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приему вещества;
- Сниженная способность контролировать прием алкоголя: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствует употребление вещества в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намечалось, безуспешные попытки или постоянное желание сократить или контролировать употребление алкоголя;
- Состояние отмены или абстинентный синдром возникающее, когда прием алкоголя прекращается, о чем свидетельствует комплекс расстройств (психических и соматических) абстинентного характера и использование алкоголя (или сходного вещества) с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены;
- Повышение толерантности к эффектам алкоголя, заключающееся в необходимости повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов;
- Исчезает ситуационный контроль;
- Употребление алкоголя имеет место в ситуациях, сопряженных с риском (например, управление автомобилем или техникой).

- Характерные для синдрома алкогольной зависимости симптомы расстройства (психическая и физическая зависимость, толерантность) клинически очерчены;
- Употребление алкоголя продолжается, несмотря на явные пагубные последствия для здоровья и общественного положения, и осознание того, что дальнейший прием алкоголя может усугубить эти нарушения.

После клинической верификации наличия аффективных расстройств и злоупотребления алкоголем у пациента из группы риска, врач-психиатр должен оценить возможность их лечения в условиях лечебно-профилактического учреждения общего профиля. Противопоказаниями для лечения пациентов в условиях общемедицинского учреждения являются:

- Психотические формы депрессии;
- Наличие суицидных попыток в анамнезе;
- Фармакорезистентные формы депрессии.

Лечебно-профилактическая работа

По результатам клинической оценки пациенту рекомендуется психотерапевтическая и/или психофармакологическая помощь с учетом его индивидуальных особенностей. Так как в большинстве случаев пациенты не обладают нужной информацией, касающейся того, что депрессия является заболеванием, требующим лечения у специалиста, всем пациентам группы риска должна быть предложена краткая информация о том, что такое депрессия, о физиологических эффектах алкоголя, о связи злоупотребления алкоголем с депрессивными нарушениями и необходимости коррекции этих нарушений.

Пациентам, у которых установлен диагноз алкогольной зависимости, предлагается обращение за специализированной наркологической помощью. Для этого пациентам предоставляется информация о:

- возможных видах наркологической помощи (стационарная, амбулаторная);
- лечебных учреждениях, оказывающих наркологическую помощь с адресами и телефонами;
- действующих реабилитационных программах и группах самопомощи (Анонимные Алкоголики).

В группе больных с клинически очерченным депрессивным синдромом проводится антидепрессивная терапия с учетом индивидуальной клинической картины. Пациентам разъясняется, что

необходимым условием эффективности лечения является их сотрудничество с врачом, которое предполагает:

- Строгое соблюдение режима терапии;
- Регулярность посещения врача-психиатра;
- Подробный и правдивый отчет о своем состоянии и его изменении.

В беседе с пациентами врачи-психиатры могут использовать элементы адаптированного варианта мотивационного интервьюирования. Данный подход, зарекомендовавший себя как универсальная психотерапевтическая техника для работы с пациентами, имеющими алкогольные проблемы, прост в использовании и применим для работы с больными в общесоматической сети. Кроме того, мотивационный подход используется не только для работы с больными с зависимостями, но и у других групп пациентов, которым требуется формирование мотивации для изменения поведения (в том числе, начала лечения имеющегося заболевания).

Основными принципами мотивационного интервьюирования являются:

1. Проявления эмпатии;
2. Использование открытых вопросов;
3. Избегание угрожающих вопросов, что позволяет уменьшить сопротивление и мотивирует пациентов к изменениям;
4. Отражение состояния пациента в психотерапевтическом диалоге;
5. Развитие проявлений несоответствия между пониманием проблемы и стереотипным поведением;
6. Обращение к проблеме в неконфронтационном стиле (т.е. движение в направлении сопротивления);
7. Предоставление аргументов в пользу изменений.

К стратегиям, которые следует избегать при проведении мотивационного интервьюирования, относятся:

1. Осуждение пациента;
2. Использование закрытых вопросов, предполагающих ответы «да» или «нет»;
3. Использовать ярлыки («То, что Вы говорите, показывает, что Вы – алкоголик; психически больной человек и пр.»);
4. Проявлять конфронтацию («воспитывать», «читать нотации», морализировать);
5. Угрожать, в том числе, задавать угрожающие вопросы («Собираетесь ли Вы, наконец, что-то предпринять в связи с Вашим пьянством?»).

Использование мотивационного интервьюирования не только улучшает комплаенс между врачом и пациентом, но и имеет ценность, как простой в использовании, короткий по времени психотерапевтический инструмент, мотивирующий пациентов к изменению нежелательных форм поведения (в том числе, злоупотреблению алкоголем), то есть может быть использован в профилактической работе.

Таким образом, профилактические мероприятия включают в себя:

- Раннее выявление аффективных расстройств и злоупотребление алкоголем;
- Информирование пациентов о связи злоупотребления алкоголем и имеющимися у них аффективными расстройствами;
- Проведение мотивационной работы, направленной на изменение поведения, связанного с употреблением алкоголя;
- Раннее начало антидепрессивной терапии.

При проведении лечебно-профилактической работы должны быть реализованы принципы:

- комплексности (сочетание психотерапии и психофармакотерапии);
- преемственности (сотрудничество врачей психиатров и интернистов);
- индивидуально-дифференцированный подход.

Раннее распознавание аффективных расстройств и злоупотребления алкоголем, а так же вмешательство по поводу этих состояний на этапе первичного звена медицинской помощи является эффективным способом улучшения здоровья населения. Предложенный 2-х этапный подход обследования пациентов способом скринингового анкетирования с последующим специализированным психиатрическим консультированием, показал практическую возможность выявления аффективных и аддиктивных расстройств даже при большом потоке пациентов.

Одной из возможных сфер применения предложенной модели может быть ее использование при плановом обследовании диспансерной группы (профессиональный осмотр).

Данная модель проста в использовании, а опробованный алгоритм оценки состояния (выделение групп риска), показал высокую достоверность при последующем клиническом обследовании врачом-психиатром. Использование предложенной модели позволяет оптимизировать лечение пациентов лечебно-профилактических учреждений общего профиля, что ведет к по-

вышению качества медицинской помощи населению в целом, профилактике и терапии как аффективных, так и аддиктивных нарушений.

Представленная 2-х этапная модель может быть внедрена в работу многопрофильных стационаров и поликлиник, имеющих в штате врача психиатра/психотерапевта.

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