

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**АЛГОРИТМЫ ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ  
от алкоголя, наркотических средств опийного и каннабиноидного ряда**

**Методические рекомендации**

**Нижний Новгород**

**2018**

Утверждаю  
Министр здравоохранения  
Нижегородской области  
А.А. Шаклунов  
Приказ № .....  
от ... .. 2018

**АЛГОРИТМЫ ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ  
от алкоголя, наркотических средств опийного и каннабиноидного ряда**

Составитель:

А.Л. Нелидов, заместитель главного врача ГБУЗ НО «НОНД» по детской наркологии, кандидат медицинских наук, доцент кафедры возрастной психологии Арзамасского филиала Национального исследовательского Нижегородского государственного университета имени Н.И. Лобачевского.

Рецензент:

В.К. Тарасов, главный врач ГБУЗ НО «Нижегородский областной наркологический диспансер» (далее – ГБУЗ НО «НОНД»), главный психиатр-нарколог министерства здравоохранения Нижегородской области.

Нижегород  
2018

Практика организации наркологической помощи в связи с внедрением Приказа Минздрава России № 1034н от 30.12.2015 г. требует уточнения вопросов обоснования наркологического диагноза при его постановке и при взятии больного на диспансерное наблюдение. В частности, в Нижегородской области отмечены случаи снятия наркологического диагноза как недостаточно обоснованного – по решению врачебной комиссии или по решению суда.

Данные алгоритмы преследуют цель повысить качество диагностической работы в отношении наиболее типичных и распространенных наркологических заболеваний – синдрома зависимости от алкоголя (алкоголизма), наркотических средств опийного ряда (морфина, героина и др.) и каннабиноидов (природных и синтетических).

## Раздел I.

### Условия обоснования диагноза синдрома зависимости

В соответствии с МКБ-10, диагноз зависимости может быть поставлен при сочетании следующих условий: «только при наличии у лица трёх нижеперечисленных симптомов в течение некоторого времени за предыдущий год».

Данные условия должны быть описаны в истории болезни/амбулаторной карте при описании симптомов и синдрома зависимости; приведем комментарий каждого из них.

#### **1. Наличие у больного трех симптомов зависимости и более.**

Три симптома (и более) из приведенных ниже в разделе II должны быть описаны как одновременно проявляющиеся и взаимосвязанные при каждом употреблении алкоголя/наркотика. Например, рост толерантности проявляется одновременно с возникновением вторичного влечения (утратой контроля над дозой) и изменением клинической картины опьянения и т.п.

Только в этом случае они будут составлять синдром, то есть – устойчивое сочетание нескольких симптомов.

Описание не более одного-двух симптомов и без указания их взаимосвязи в динамике употребления (в опьянении, в абстинентном синдроме, в промежутках между употреблениями/запойми, в предрецидивном состоянии) недостаточно для обоснования диагноза синдрома зависимости.

#### **2. Наличие у больного симптомов «в течение некоторого времени».**

В МКБ-10 не уточняется, какое время симптомы должны быть в наличии у больного, чтобы это могло быть зачтено за обоснование синдрома зависимости.

Клинические данные говорят о том, что это должен быть период не менее нескольких месяцев у взрослых и нескольких дней/недель у несовершеннолетних. Симптомы должны быть описаны как повторяющиеся в этот период при каждом употреблении алкоголя/наркотика.

Описания симптомов как однократно или поодиночке возникающих то в одном, то в другом эпизоде употребления не являются доказательством синдрома зависимости.

#### **3. Наличие симптомов «в течение некоторого времени за предыдущий год».**

Условие «...за предыдущий год» обеспечивает доказательство наличия/проявления синдрома зависимости непосредственно в текущем периоде возрастного развития больного – на момент данного обследования.

Для соблюдения данного условия в разделах «Жалобы», «Анамнез жизни» и «Анамнез болезни» больному следует предложить подробно описать развитие

потребления алкоголя/наркотика от первых проб до момента появления симптома и далее до последнего года перед данным обследованием, желательно (особенно в экспертных случаях) – вплоть до момента данного обследования.

Описание же симптомов как возникавших когда-то давно без описания их последующего развития, включая и в предыдущем году, не служит обоснованием наличия у лица синдрома зависимости на текущий момент.

Исключением из рассматриваемого условия («в течение некоторого времени за предыдущий год») может стать судебно-психиатрическая экспертиза, если в медицинской документации больного, передаваемой врачами-психиатрами-наркологами врачам-психиатрам, описано воздержание больного от алкоголя/наркотика более года, но менее трех лет, необходимых для снятия с диспансерного наблюдения.

Такая ситуация в МКБ-10 представлена тремя вариантами:

- F10.21... «в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (больница, тюрьма, иное);»;

- F10.22... «в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии»; фактически – это нахождение на активном диспансерном наблюдении, лечении и амбулаторной реабилитации;

- F10.23 «в настоящее время под клиническим наблюдением, но на лечении, вызывающем отвращение или блокирующими лекарствами» (имеется в виду аверзионная терапия или сенсibiliзирующее лечение – дисульфирам, налтрексон и т.п.).

В данных случаях при обследовании (судебно-психиатрической экспертизе, медицинском освидетельствовании с целью получения специальных прав – вождение автотранспорта, владение оружием и др.) диагноз синдрома зависимости сохраняется, поскольку он был обоснован ранее, а ремиссия менее трех лет не является условием для снятия с диспансерного наблюдения (приложение 2 к приказу Минздрава России № 1034н от 30.12.2015).

В практике могут возникать случаи, при которых следует воздержаться от установления диагноза синдрома зависимости от алкоголя/наркотика из-за отсутствия условия «Наличие симптомов «в течение некоторого времени за предыдущий год»:

- обследование лица, ранее потреблявшего алкоголь/наркотик пусть даже с отдельными признаками зависимости, но не состоявшего на диспансерном наблюдении и находящегося на момент обследования в состоянии воздержания более года;

- обследование лиц с длительным воздержанием от алкоголя/наркотиков во время пребывания в негосударственных центрах социальной реабилитации, поступивших туда самостоятельно, минуя государственную наркологическую службу.

В соответствии с критериями МКБ-10, диагноз синдрома зависимости не может быть обоснован, так как он не может быть описан в истории болезни/амбулаторной карте по состоянию за последний год перед обследованием; ретроспективное же описание употребления алкоголя/наркотика в предшествующие ему годы не может быть достоверным.

## **Раздел II**

### **Клиническое обоснование наличия симптомов зависимости**

Для клинического обоснования диагноза синдрома зависимости, позволяющего отвергать юридические претензии к нему, принципиально важным является точное

описание каждого из симптомов в амбулаторной карте или в истории болезни – по критериям диагностики из МКБ-10 и критериям из традиционного подхода отечественной наркологии.

В амбулаторной карте/истории болезни врач сначала записывает клиническое определение выявленного симптома зависимости по МКБ-10, а затем доказывает его клиническими описаниями и трактовками, соответствующими традиционной отечественной наркологии – соотношение этих двух систем обозначения/описания приведено в нижеследующей таблице – глоссарии.

**Глоссарий симптомов синдрома зависимости от алкоголя и наркотиков  
(опийного и каннабиноидного ряда)**

<p>Клиническое определение симптома зависимости по МКБ-10 [1]</p>	<p><b>Особенности описания симптомов зависимости от алкоголя/наркотика опийного ряда в традиционном клиническом подходе отечественной наркологии [2, 3]</b></p>
<p><b>«Сильная (иногда неодолимая) потребность принять ПАВ»</b></p>	<p><b>Особенности описания симптома «потребность принять ПАВ» в синдроме зависимости от алкоголя.</b></p> <p>Данный симптом относят к ведущим проявлениям зависимости. Врачами-психиатрами-наркологами традиционно используется понятие «патологическое влечение к алкоголю»; с медико-психологической позиции правильнее использовать понятие «потребность принять ПАВ (алкоголь)» (еще точнее – потребность вызвать у себя различные психотропные и иные эффекты алкоголя).</p> <p>Различают варианты влечения к алкоголю в зависимости от исходного состояния больного:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- первичное влечение: возникает на фоне трезвости ещё до приема первой дозы алкоголя и до начала опьянения; именно этот вариант обозначают как «психическая/психологическая зависимость»;</li> <li>- вторичное влечение: возникает после принятия первой (второй и т.д.) дозы алкоголя, когда уже возникли симптомы опьянения; этот вариант чаще обозначают как «утрата контроля над дозой», «утрата количественного контроля» (см. ниже);</li> <li>- влечение к алкоголю в составе похмельного синдрома (см. ниже).</li> </ul> <p>Каждое из этих вариантов влечения к алкоголю может быть представлено одним или несколькими из следующих клинических вариантов (подробнее – см. в [2]):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Парциальная (локализованная) форма, в том числе ситуационное влечение, групповая форма (групповая психическая зависимость, влечение, возникающее в группе и под влиянием референтной группы).</li> <li>- Обсессивная (навязчивая) форма (с борьбой мотивов за и против употребления).</li> </ul>

- Тотальная (генерализованная) или компульсивная форма (от лат. compello – «принуждаю»).

- Пароксизмальная форма (на фоне резидуальных органических расстройств, на фоне или в структуре диэнцефальных кризов/пароксизмов и др.).

- Психопатологическая форма, возникающая в структуре психопатологических расстройств – стрессы (фрустрации) в составе кризисов развития (возрастных, социальных, семейных, учебных, трудовых), посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), фобических, депрессивных, дисфорических расстройств и др. расстройств личности.

При описании влечения к алкоголю следует описать, как оно изменяет мышление и поведение больного – возникает планирование приема, лживость и система оправданий, поиск денег, утрату ситуационного и нравственного контроля над поведением в опьянении, в абстинентном синдроме.

Потребность в ПАВ в отечественной наркологии также обозначают как психическая зависимость от них. Психическая зависимость проявляется двояко; эту двойственность врач должен описать, если решает использовать понятие о психической зависимости.

С одной стороны, по мере развития зависимости употребление ПАВ входит в потребностно-мотивационную сферу личности: возникает стремление получить желаемые психотропные эффекты – эйфорию, состояние психического комфорта, иллюзорный аналог развлечения, облегчения коммуникаций и/или сексуального поведения, седативного, антистрессового, анксиолитического (противотревожного) или антидепрессивного эффекта не за счет личностных механизмов (развивающих деятельности, жизненного опыта, совершенствования психологических защит и др.), а за счет употребления ПАВ.

С другой стороны, в отсутствии употребления ПАВ больной испытывает психический дискомфорт: неудовлетворенность собой и жизнью («чего-то не хватает», «недовольство какое-то» и т.п.), ухудшение настроения (раздражительность, угнетенность, депрессивность и др.); обостряются преморбидные расстройства личности. В результате в начальной стадии зависимости больные начинают использовать алкоголь не в связи с абстинентным синдромом (который ещё не возник), а как средство психологической саморегуляции/адаптации.

Обе эти стороны картины психической зависимости должны быть зафиксированы врачом: из описаний больного, по данным от его окружения, по результатам психодиагностики, в психическом статусе.

**Особенности описания симптома «потребность принять ПАВ» в синдроме зависимости от наркотика опиоидного ряда.**

Влечение («тяга») к наркотику пациенты характеризуют как «сильное» уже с начальной стадии. Мысли о наркотике непрерывные (прекращаются только в состоянии опьянения/«кайфа»), легко обостряются как спонтанно, так и под влиянием группы потребителей перед каждым очередным употреблением (в т.ч. перед рецидивом, прерывающим ремиссию) и в абстинентном синдроме. В центре влечения к наркотику – стремление к психофизиологическому «кайфу» и «отключению» (см. ниже).

Следует описать, как потребность в принятии наркотика с первых же секунд-минут от его обострения начинает определять мышление и поведение больного. Сосредоточение всех мыслей на наркотике и отсутствие мыслей и попыток отказаться от употребления; лживость; неодолимый поиск денег, места покупки и поставщика наркотика, отказ от просоциальных нравственных ценностей в пользу употребления, непонимание антисоциальной сущности своих действий (воровство денег, продажа личных предметов, покупка и перевозка наркотика) и т.п.

Таким образом, уже в начальной стадии влечение к опиатам вызывает картину тяжелой деградации личности, как при алкоголизме только в последней стадии.

**Особенности описания симптома «потребность принять ПАВ» в синдроме зависимости от каннабиноидов.**

Натуральные каннабиноиды. В основе первичного влечения к наркотику (психической зависимости) – стремление к эйфории («веселью» с «отключением» от неприятностей, смехом), к психостимулирующему эффекту, сексуальному расторможению длительностью до 1-1,5 часов. Указанные психотропные эффекты возникают уже при первых употреблениях и сразу становятся привлекательными, то есть – потребностью. Позже при переходе на частое или непрерывное употребление яркость эйфории уменьшается; однако полной её утраты, как во II-III стадии алкоголизма и при синтетических каннабиноидах («спасов»), не происходит.

Синтетические каннабиноиды (JWH, на жаргоне – «спайсы»). Эйфория в опьянении длится до получаса и сменяется (при дополнительных затяжках) «торможением», «оглушением» или, наоборот, возбуждением с агрессивностью; сексуальной расторможенности нет. Психотропные эффекты более простые и потому потребность в синтетическом каннабиноиде возникает у личностей со средним и низким интеллектом и уровнем развития, что осложняет расспрос.

При употреблении каннабиноидов не возникает тотальное

(компульсивное) влечение к наркотику; его появление говорит о том, что к каннабиноиду подмешивается наркотики другого типа (чаще – опиаты).

***Комментарий к понятию «Сильная» и «неодолимая».***

МКБ-10 не дает определение понятиям «сильная» и «неодолимая».

В подходах отечественной наркологии сила потребности в ПАВ определяется ее способностью изменять психическое состояние и поведение больного. Именно этот аспект и необходимо отразить в амбулаторной карте и истории болезни в разделах «Анамнез жизни», «Анамнез болезни», «Психический статус».

Сильная потребность в ПАВ меняет ход мышления в сторону непрерывного планирования (обдумывания) употребления алкоголя/наркотика, воспоминаний о психотропных эффектах, активизирует анозогнозию (систему «оправданий» употребления).

Сильная потребность в ПАВ непосредственно влияет на мотивацию поведения больного. При её возникновении интерес к просоциальным развивающим деятельности (учебе, труду, карьере, семье, хобби и др.) угасает. Сразу возникает поведение (даже заведомо асоциальное), ведущее к употреблению алкоголя/наркотика (поиск поводов, условий, компании, денег и др.).

В ситуации фрустрации потребности в алкоголе/наркотике (при невозможности употребить, при запрете, отсутствии средств, угрозе развода и др.) у больного нарушается эмоциональное состояние: возникает раздражение, гнев, агрессивность, депрессия и др.

«Неодолимость» потребности в алкоголе/наркотике традиционно описывают следующими вариантами:

Вариант 1. «Неодолимость» потребности в алкоголе/наркотике возникает не в связи с его высокой интенсивностью, а в связи с отсутствием у больного собственной мотивации к преодолению влечения: т.н. «влечение без борьбы мотивов».

Возникает при начале потребления в подростково-юношеском возрасте, до 18-22 лет, у лиц с выраженными нарушениями преморбидного развития личности: инфантилизм, неразвитость сферы мотивов, нравственности, сферы деятельности (в т.ч. педагогическая запущенность) и воли – см. ниже. В этих условиях начавшееся потребление алкоголя/наркотика не встречает критического отношения к нему и сразу определяет всю структуру потребностей, смыслов и мотивов поведения личности.

В рассказах об употреблении алкоголя/наркотика (в «анамнезе жизни» и «анамнезе болезни») больной не описывает



возникновение желания/мыслей сопротивляться против влечения к алкоголю/наркотику и «уговорить» себя отказаться от него; не понимает вопросов на эту тему. Больной не осознает (не понимает наличие) влечения к алкоголю/наркотику, описывает его как «обычное» желание, «как у всех», поддающееся контролю, типа «хочу – пью, хочу – не пью», «хочу – кольнусь/курну, хочу – нет». Критикует не себя за употребление алкоголя/наркотика, а тех, кто этому препятствует (родственников, руководителей на работе, государство и т.п.). Больной не описывает ни защитное (копинг-) поведение против употребления, ни спонтанные ремиссии с их мотивацией.

Наличие у больного данного варианта влечения к алкоголю/наркотику следует подтверждать тремя способами:

- в разделе «психический статус» описывается влечение к алкоголю/наркотику, проявляющееся у него непосредственно в ходе беседы состоянием оживления в эмоциональной, двигательной мимико-жестикационной, речевой и мыслительной сферах при рассказах об алкоголе/наркотике, появлением вегетативных реакций «предвкушения», а также наличием развитой системы оправданий/обоснований употребления алкоголя/наркотика;

- в разделе «объективный анамнез жизни и болезни» данное влечение к алкоголю/наркотику описывается конкретными случаями/примерами из рассказов/сведений от объективных наблюдателей (родственников, знакомых, из различных характеристик и протоколов);

- в разделе «психологическая диагностика» данное влечение проявляется «алкогольными/наркотическими» ассоциациями, возникающими при проведении проективных тестов: при описании РАТ, «Кинетического рисунка семьи», рисунка «Несуществующего животного» и «Дерева», «Теста руки» и т.п.; часто «алкогольные» ассоциации в тестах сочетаются с юмором/шутками на алкогольные темы; повышаются значения шкал склонности к алкоголизации, девиантному поведению, лживости (в СМЛ/ММРІ, ПДО Личко-Иванова).

Вариант 2. «Неодолимость» влечения к алкоголю/наркотику связано с высокой интенсивностью (т.н. компульсивное влечение) при осознании больным этой «неодолимости».

Данный вариант влечения возникает при развитии алкоголизма в среднем возрасте во II и в III стадии на органически измененной почве, а также при высоком темпе развития наркомании, когда на фоне симптомов первой стадии (исчезновение первоначальных защитных реакций, рост толерантности, систематизация употребления) одновременно возникают и симптомы второй стадии (физической зависимости).

	<p>Больные описывают его как «тяжелое», «тягостное для них», не поддающееся коррекции («ничего не могу поделаться», «тянет и все» и т.п.). Именно эти характеристики прямой речью больного вносятся в «анамнез жизни», «анамнез болезни» и в «психический статус».</p> <p>Вариант 3. Влечение к алкоголю/наркотику с высокой интенсивностью (т.н. компульсивное влечение), но без осознания больным его «неодолимости». Возникает в двух основных случаях.</p> <p>Первый. Возникает в поздней стадии алкоголизма/наркомании, когда в результате деградации личности потребность в алкоголе/наркотики перестает осознаваться, так как становится центральной среди всех потребностей, мотивов/смыслов; входит в картину деградации личности.</p> <p>Больной не осознает и не описывает данный, казалось бы, очевидный вариант влечения к алкоголю/наркотику, считая, что его «не тянет» к алкоголю/наркотику, хотя признает, что в прежние годы у него было «сильное» влечение (вопреки которому он даже мог обращаться за помощью), а к настоящему времени оно ослабло. В этих условиях ключевыми для обоснования наличия у больного данного варианта влечения к алкоголю/наркотику становятся объективные данные (описания) от внешних наблюдателей: в амбулаторную карту/историю болезни вносятся их рассказы, как им не удавалось больного остановить, упросить «не пить/не колоться»; случаи воровства денег из семьи, продажа вещей за выпивку/за наркотик и т.п.</p> <p>Второй. Возникает в случаях, когда алкоголизм/наркомания развивается в детско-подростковом возрасте на фоне предшествующей педагогической/социальной запущенности и в этих случаях отмечается злокачественно быстрое развитие зависимости, при котором за дни-недели практически одновременно возникают и первая и вторая стадии.</p>
<p><b>«Нарушение способности контролировать длительность приема и дозировку вещества»</b></p>	<p><b>Особенности описания симптома «нарушение способности контролировать...» в картине синдрома зависимости от алкоголя.</b></p> <p>В определении МКБ-10 включены симптомы зависимости, которые в отечественной наркологии описываются под разными названиями.</p> <p><i><b>Изменение формы потребления алкоголя/наркотика.</b></i> <i><b>Систематизация употребления.</b></i></p> <p>Непосредственно предшествует первой стадии, или (при появлении и других симптомов зависимости) становится одним из её симптомов; легко камуфлируется культурными традициями страны, этноса. Заключает в возникновении той или иной индивидуальной/семейной/групповой системы (правил, привычек и т.п.) употребления; типичные из них: выпивки в конце рабочего</p>

дня, в конце недели («под баню» и т.п.), в выходные, при покупках, встречах друзей, в праздники (под которыми понимаются в сумме все официальные, корпоративные, семейные и личные) и мн.др.

При систематизации незаметно для больного в разы растет количество употребляемого алкоголя (в неделю, месяц), на этом фоне возникают случаи употребления с ростом разовой толерантности (см. ниже) или с переходом на периодический или другой следующий тип потребления.

*Периодический тип потребления.*

Псевдозапой I и II стадии.

Алкоголь употребляется в течение двух и более дней. В I стадии мотивация продолжить употребление алкоголя на второй день связана не с абстинентным синдромом, а с первичным влечением, как и в первый день. Во II стадии употребление алкоголя на второй день связано с абстинентным синдромом. В обоих случаях в динамике псевдозапоев нарастает разовая и суточная толерантность. Псевдозапой заканчиваются в связи с отсутствием возможности (ситуации, денег). После псевдозапой следует трезвый промежуток в несколько дней.

*Истинные запои III стадии.*

Длятся обычно до недели. Начинаются с психопатологических расстройств (дисфории, депрессии) или физического дискомфорта. Истинные запои заканчиваются по биологическим причинам: падает разовая и суточная толерантность (вплоть до интолерантности и аверзионного синдрома), нарастает тяжесть похмельного синдрома и общая астения.

*Непрерывный тип потребления.*

Возникает, когда к возникновению других симптомов зависимости система употребления успела стать непрерывной.

Алкоголь употребляется небольшой дозой с утра, а потом с обеда и до вечера, за один-три приема. Выраженных (2-3-й) стадий опьянения не возникает. Алкоголь принимается с целью поддержки психофизиологического комфорта и работоспособности (тип потребления винодельческих стран); больные описывают не седативный/опьяняющий, а стимулирующий эффект. С утра после ночного сна снижена работоспособность и настроение; опохмеление камуфлируется под употребление небольших доз – «для аппетита», «для настроения», «взбодриться», «с устатку» и т.п.

*Переменяющаяся форма потребления.*

Чередуются непрерывное и псевдозапойное или истинно запойное потребление.

*Изменение картины/формы опьянения* в сравнении с первоначальной: возникновение астенической (невротической), депрессивной, дисфорической, эксплозивной с агрессией, гипоманиакальной с возбуждением, паранойальной и других

измененных форм опьянения. Такие формы опьянения включают как характерологические реакции (с усилением уже существующих черт характера), так и патохарактерологические реакции (с проявлением новых, ранее не имевших место черт); последние следует изучать как возможное развитие психопатии, утяжеление органического поражения головного мозга или развитие психического заболевания.

*Утрата количественного контроля:* частичная – влечение «добавить»/«повторить» возникает после приема второй или следующей дозы алкоголя; полная – влечение «добавить»/«повторить» возникает сразу после приема первой же дозы и возобновляется после следующих. Оба варианта приводят к нарастанию общей принятой дозы и тяжести опьянения, вплоть до амнестических форм.

*Амнезии периода опьянения.* Парциальная амнезия – забываются отдельные моменты времени или события, прошедшие на фоне опьянения, обычно – последние; нечеткие/размытые воспоминания обо всем периоде опьянения – «алкогольные палимпсесты». Тотальная амнезия – забывается весь период опьянения, начиная с наступления опьянения от первой выпитой дозы.

**Особенности описания симптома «нарушение способности контролировать...» в картине синдрома зависимости от наркотика опийного ряда.**

Больные практикую однократное в сутки в/в введение наркотиков опийного ряда (в начальной стадии – 0,25-0,5 г в пересчете на сухое вещество, в средней стадии – 0,5 г) или двукратное (утром и вечером по 0,25-0,5 г). Утраты количественного контроля не наблюдается, так как уже через несколько секунд после введения наркотика наступает такое опьянение, которая удовлетворяет потребность в наркотике: психофизиологический комфорт, чувство тепла в голове и теле, эйфория на фоне мыслительной и двигательной заторможенности, «отключения» от окружающего; это состояние на жаргоне больные называют «приход», «волокуша», «кипение». Разовые и суточные дозы наркотика нарастают не из-за утраты количественного контроля, а из-за роста толерантности и уменьшения опьяняющего эффекта от прежних доз.

**Особенности описания симптома в картине синдрома зависимости от наркотика каннабиноидного ряда.**

Природный каннабиноид (марихуана), употребляемый курением, вызывает типичное опьянение (с резко гипертимным настроением, эйфорией, стимулирующим эффектом, дереализацией в восприятии окружающего и др.) уже с 2-4 затяжек. Повторное применение наркотика («подкуривание») применяется больным не

	<p>из-за влечения к нему, а из желания продлить эффект (обычно до 1-2 часов).</p> <p>Опьянение от синтетических каннабиноидов имеет принципиальное отличие: фаза эйфории отсутствует или короткая, быстро переходит в агрессивное возбуждение или в заторможенность и оглушение, в части случаев – с галлюцинаторно-параноидными расстройствами; опьянение частично или полностью амнезируется.</p>
<p><b>«Синдром отмены, характерный для данного вещества»</b></p>	<p><b>Особенности описания синдрома отмены в картине синдрома зависимости от алкоголя.</b></p> <p>В отечественной наркологии обозначается как алкогольный абстинентный (похмельный) синдром, который является признаком возникновения II стадии зависимости – физической.</p> <p>Следует описать связь похмельного синдрома с предшествующим употреблением алкоголя:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- возникает обычно наутро после предыдущего вечернего употребления алкоголя,</li> <li>- возникает в любое другое время суток по мере вытрезвления спустя несколько часов после последнего употребления (могут возникать смешанные состояния – ослабевающие симптомы опьянения какое-то время сосуществуют с нарастающими симптомами абстиненции), или уже в трезвом состоянии.</li> </ul> <p>Примечание. Ухудшение самочувствия после опьянения может возникать и в I стадии, является постинтоксикационным, а не абстинентным расстройством, как во II стадии: оно ограничивается астеновегетативными расстройствами, не включает влечение к алкоголю (а часто возникает аверзия/отвращение к нему), попытка опохмелиться не смягчает, а утяжеляет самочувствие.</p> <p>Абстинентный синдром II стадии алкоголизма в отечественной наркологии описывают как сложное расстройство, состоящее, в свою очередь, из отдельных синдромов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Астенический синдром: утомляемость, пассивность, головные боли при попытке умственной деятельности, невозможность сосредоточиться, гиперчувствительность к раздражителям, плаксивость (у женщин), трудность подъема после сна и выхода на работу.</li> <li>- Синдром соматовегетативных расстройств: головные боли и головокружения (следствие сосудистой дистонии со склонностью к гипертензии), тахикардия, гипергидроз, бледность или, наоборот, гиперемия кожи лица, дискинезия кишечника, явления гастрита, спазмы и боли в области печени, сухость и обложенность языка, сильная жажда.</li> <li>- Синдром неврологических расстройств: стойкие головные</li> </ul>

боли (следствие повышения внутричерепного давления), мелкий или крупноразмашистый тремор рук, век, горизонтальный нистагм, мимопадание при пальценосовой и другие нарушения в пробах на координацию, атаксия при ходьбе, дизартрия речи.

- Синдром непсихотических психопатологических расстройств: нарушения сна (трудность засыпания, прерывистый беспокойный сон, устрашающие и делириозные сновидения), стойкое снижение аппетита (вплоть до отвращения к еде и даже к алкоголю – опохмеление «через силу»), депрессия, обострение невротических расстройств (неврастенических, истерических, фобических – беспокойство, тревожность, страхи), усиление акцентуаций характера, вплоть до возникновения патохарактерологических (психопатических) реакций/состояний.

- Синдром влечения к алкоголю с потребностью купировать абстинентный синдром алкоголем; «облегчение» состояния после приема алкоголя (опохмеления); в части случаев при «опохмелении» активизируется вторичное влечение, и употребление алкоголя продолжается далее в течение дня.

- Психотические расстройства: выделяются в МКБ-10 как самостоятельные нозологические формы с соответствующими шифрами.

Синдром отмены обозначают также и как физическую зависимость от алкоголя, обычно в трех следующих основных случаях:

- чтобы подчеркнуть сам факт наличия у больного абстинентного синдрома или перехода больного с I стадии во II;
- чтобы описать особый вариант алкоголизма (винного, пивного, «западноевропейского»), когда абстинентный синдром не успевает возникать из-за непрерывности потребления алкоголя;
- чтобы указать на вариант потребности в алкоголе как средстве поддержания физического/соматического комфорта (гомеостаза).

**Особенности описания синдрома отмены в картине синдрома зависимости от наркотика опийного ряда.**

Является одним из самых типичных проявлений зависимости; широко описан в литературе. В состав абстинентного синдрома при опийной наркомании входят:

- Синдром физического дискомфорта: больные описывают его как легкую ломоту, чувство физического неудобства, слабости.
- Алгический (болевой) синдром: больные описывают сильные (подчас «невыносимые», «страшные») физические ломящие боли в области позвоночника, крупных суставов (отсюда жаргонное название – «ломка»); но трудность движения из-за них; усиливаются при физической нагрузке.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Абдоминальные боли: спазмы (тенезмы) в кишечнике; запоры.</li> <li>- Ажитированная (с возбуждением) депрессия, больные отмечают беспокойство, им «трудно усидеть», оставаться в покое.</li> <li>- Диэнцефальные расстройства (цефалгии, повышение артериального давления, гипергидроз, анорексия/отвращение к еде).</li> <li>- Нет потребности во сне.</li> <li>- Сильное (компульсивное) влечение к наркотику, который осознается больным как единственное средство «спасения».</li> </ul> <p><b>Особенности описания синдрома отмены в картине синдрома зависимости от наркотика каннабиноидного ряда.</b></p> <p>Синдром отмены при каннабиноидной наркомании состоит в основном из психических и диэнцефальных расстройств и длится недолго – от нескольких часов до 1-2-х суток. Эта особенность ранее позволяла даже отрицать наличие абстинентных расстройств при зависимости от каннабиноидов.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Психические расстройства: утомляемость и сниженная умственная работоспособность, ухудшение настроения (раздражительность, возможна агрессивность, психологический дискомфорт), поиск способов их преодоления (отдых или сон, мягкие стимуляторы – чай, кофе, или седативные психотропные препараты); влечение к наркотику может и отсутствовать.</li> <li>- Диэнцефальные расстройства: сосудистая дистония, колебания работоспособности, снижение аппетита.</li> </ul>
<p><b>«Использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены»</b></p>	<p><b>Особенности описания симптома «Использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены» в картине синдрома зависимости от алкоголя.</b></p> <p>В отечественной наркологии данный симптом обозначается как неспецифическое (то есть – не алкоголем) «опохмеление»: больной для «опохмеления» применяет другие психоактивные вещества – медикаменты (седативные, снотворные, вегетотропные, анальгетики и др.), обильное питье, плотная еда, отдельные продукты, домашнюю «физиотерапию» - душ/ванну, холодное обливание, физические упражнения. Во всех таких случаях следует описать «облегчающий» эффект применяемых средств.</p> <p>Перекрестная зависимость – прием других психотропных веществ, вызывающих зависимость, для облегчения или избегания синдрома отмены; если при этом другие вещества тоже вызывают симптомы зависимости или утяжеляют дальнейшее течение зависимости от алкоголя, то эти явления тоже описываются.</p> <p><b>Особенности описания симптома «Использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены» в картине синдрома зависимости от наркотика опиоидного ряда.</b></p>

	<p>Физическая зависимость при опийной наркомании настолько тяжелая и настолько специфически связана с данной группой наркотиков, что опохмеление возможно только наркотиком опийной же группы (морфином, героином, метадонем и др.), а неспецифическое опохмеление невозможно.</p> <p>Применение других ПАВ (барбитуратов, бензодиазепиновых транквилизаторов, анальгетиков, спазмолитиков и др.) для преодоления синдрома отмены практически не даёт облегчения, что ведёт к наращиванию их дозировок и возникновению перекрестной зависимости других психотропных веществ (F19).</p> <p><b>Особенности описания симптома «Использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены» в картине синдрома зависимости от наркотика каннабиноидного ряда.</b></p> <p>Специфика каннабиноидной наркомании (см. выше) позволяют понимать и описывать применение наркотика в абстинентном синдроме либо как аналогию классическому «опохмелению» при алкоголизме («...для облегчения или избегания синдрома отмены»), либо в рамках физической зависимости при непрерывном типе потребления (см. выше) – для достижения и поддержания психофизиологического комфорта.</p>
<p><b>«Признаки толерантности, такие как повышение дозы вещества для достижения такого эффекта, который достигался ранее меньшей дозой, иногда превышающее предел переносимости»</b></p>	<p><b>Особенности описания симптома «Признаки толерантности...» в картине синдрома зависимости от алкоголя.</b></p> <p>Динамика толерантности обычно осознается и описывается больным, а вопросы врача о ней почти не встречают сопротивления больного. Как раз «объективные» наблюдатели обычно не знают о толерантности.</p> <p>К динамике толерантности относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Исчезновение первоначальных психофизиологических защитных реакций на прием ПАВ (рвотных и аверзионных реакций на употребление алкоголя);</li> <li>- Смена психотропного эффекта алкоголя с седативного на психостимулирующий;</li> <li>- Повышение разовой переносимости: увеличение дозы алкоголя в отдельном эпизоде употребления с получением того же эффекта, который прежде возникал с меньших доз; диагностически значимым признается рост разовой толерантности в три и более раза, у взрослых – в 5-6 раз; следует учитывать, что у несовершеннолетних зависимость от алкоголя может возникать и без нарастания дозировок;</li> <li>- Увеличение доз, необходимых для достижения желаемого эффекта, с каждым следующим днем непрерывного потребления – в динамике т.н. псевдозаповей первой и второй стадии;</li> <li>- Утрата эйфорического (гипоманиакального) компонента</li> </ul>



опьянения с переходом зависимости в III стадию или при развитии токсической/посттравматической и другой энцефалопатии на более ранних стадиях: больные и/или их окружающие описывают, как в опьянении у больного пропадает «радость» и «благодущие»; больных сами признают, что выпивают не «для радости», а для изменения сознания («оглушиться», «забыться», «одуреть» и т.п.);

- Снижение разовой и динамической (в ходе истинных запоев) толерантности к алкоголю в третьей стадии.

***Комментарий к симптому «иногда превышающее предел переносимости».***

МКБ-10 не дает характеристики данного симптома.

Из клинической практики данный симптом означает, что у больного возникают отдельные случаи тяжелой алкогольной интоксикации (III-IV степень опьянения) или передозировки наркотика, при которой требовалась помощь окружающих, скорая медицинская помощь, госпитализация в стационар для неотложной помощи или в токсикоцентр.

В I стадии данный симптом обычно связан с передозировкой под давлением окружающих/группы, а во II и III стадии – с симптомом тотальной утраты контроля над дозой.

**Особенности описания симптома «Признаки толерантности...» в картине синдрома зависимости от наркотика опийного ряда.**

При первых употреблениях наркотиков опийной группы у части больных возникают защитные реакции – кожный зуд, препятствующий возникновению эйфории от опьянения. Если он преодолевается, то далее возникает выраженный психотропный и психосоматический эффект от введенного наркотика (см. выше) и потребность в его повторении. После 2-3 инъекций начинается рост толерантности; в МКБ-10 не указывается, каким он должен быть, чтобы считаться симптомом зависимости. Данные из основных отечественных источников показывают, что рост толерантности зависит от стадии.

В начальной стадии ключевые симптомы (влечение к наркотику и др.) могут возникать и без существенного роста толерантности, или даже на фоне первоначальных доз в/в 0,1-0,25 г в пересчете на сухое вещество.

Во второй же стадии с формированием абстинентного синдрома и переходом на 2-3-х разовое применение наркотика в сутки толерантность повышается до 0,5-1,0 г.

С приближением третьей стадии больные описывают уменьшение яркости психотропных эффектов (вместо «кайфа» описывают «торможение», «оглушение», «отключение»), вместо них нарастает потребность в поддержании физического комфорта. Толерантность к наркотику колеблется и снижается, из-за чего

	<p>больным труднее регулировать вводимые дозы, возможны случайные передозировки; именно их и следует оценивать как «превышение предела переносимости».</p>
<p><b>«Прогрессирующее забвение других интересов и удовольствий, кроме употребления вещества»</b></p>	<p><b>Трактовка симптома «прогрессирующее забвение других интересов...» в картине синдрома зависимости от алкоголя.</b></p> <p>В отечественной литературе для обозначения группы проявлений зависимости «прогрессирующее забвение других интересов...» входит в более широкое понятие - «алкогольная деградация (изменение, снижение) личности», «синдром психической деградации».</p> <p>Сначала «алкогольная деградация» проявляется в отдельных сферах личности (в том числе и в «прогрессирующем забвении интересов...»), а с II стадии распространяется уже на большую их часть или на все сферы личности.</p> <p>Признаки деградации личности должны быть описаны во всех разделах обследования больного, где они выявляются: в жалобах больного, в субъективном и объективном анамнезе жизни и болезни, в протоколах психодиагностики, при описании психического статуса.</p> <p><i>Деградация в мотивационно-смысловой и ценностной сфере личности:</i></p> <p>Данное проявление зависимости («прогрессирующее забвение других интересов...») относится в первую очередь к потребностно-мотивационной сфере личности. Соответственно, его следует описывать как возникающее уже с I стадии как производное развивающейся потребности в ПАВ.</p> <p>Следует сначала описать, какие преморбидные просоциальные гуманистические смыслы и ценности личности были развиты у больного и какие из них сохраняются до сих пор (могут определяться расспросом, тестом ценностных ориентаций М. Рокича, Ш. Шварца и др.).</p> <p>Следует описать разницу (и соотношение) между реально действующими мотивами/смыслами и ценностями (именно они подвергаются «прогрессирующему забвению») и «знаемыми», но не действующими. О последних больной может много и правильно рассуждать (например, об отношениях к родителям, жене, детям, работе), но на практике разрушать отношения с близкими, бросать учебу. Сохранение реально действующих мотивов/смыслов и ценностей, противостоящих потребности в ПАВ (в виде спонтанных ремиссий и др.), лежит в основе реабилитационного потенциала больного и построения реабилитации.</p> <p>При обследовании больного (при развитой у него интроспекции – способности к самоописанию) надо проанализировать и описать три этапа превращения интереса к употреблению алкоголя в потребность, разрушающую личность.</p>

*На первом этапе (обычно совпадает с I стадией).*

Интересы и удовольствия от употребления ПАВ не существуют самостоятельно, а присоединяются к традиционным, соответствующим культуре (в праздниках, культуре, в хобби, досуге, общении, в учебе, профессии, семье и др.); просоциальные интересы и удовольствия (например, праздник, свидание, общение с друзьями и т.п.) становятся намного привлекательнее из-за употребления ПАВ; возникает явление предвкушения, ожидания праздника с употреблением ПАВ, реакции оживления от воспоминаний о ПАВ (выявляется в психическом статусе и в психодиагностике); в круге общения начинают преобладать лица с потребностью в алкоголе.

Развивающаяся потребность в алкоголе (и нарастающая систематизация потребления) препятствует развитию тех свойств (психологических новообразований) личности, которые должны развиваться в норме на текущем этапе возрастного развития, и препятствует проявлению тех, что развивались на предыдущих; все – указаны ниже в таблице анамнеза жизни.

*На втором этапе (обычно совпадает с I-II и II стадией).*

Интерес и удовольствия от самого употребления ПАВ становятся самостоятельными потребностями/мотивами (даже – ведущими, смыслообразующими, особенно – у несовершеннолетних) поведения и напрямую конкурируют с просоциальными интересами и способами получения удовольствий, частью которых больной жертвует ради употребления ПАВ, особенно – потребностью в любви, в семье, в заботе о детях;

*На третьем этапе (обычно совпадает с II-III и III стадиями).* Интересы и удовольствия от ПАВ вытесняют просоциальные интересы и почти полностью заменяют их.

*Деградация в морально-этической сфере личности:*

Время наступления и темп нарастания зависят от преморбидного развития морально-этической нравственной сферы.

В типичных случаях (возраст 25-40 лет, преморбидное развитие без выраженных факторов риска) проявляется с II стадии – легкомыслием, снижением чувства долга, необязательностью, пренебрежением принятыми на себя обязательствами (перед семьей, работой и др.), отказом от прежних нравственных норм и правил («конституции») семьи.

При развитии зависимости в подростковом возрасте деградация в морально-этической сфере возникает сразу с I стадии.

Утрачивается этический (нравственный, ситуационный) контроль: больной начинает употреблять в ситуациях, ранее неприемлемых для выпивок – вместо работы, возвращения домой, деловой встречи и т.п.

*Деградация в интеллектуальной сфере личности:*

Употребление алкоголя является просто организованной деятельностью и ее развитие приводит к снижению способности к абстрактно-логическому мышлению, то есть – к конкретному мышлению. Это проявляется двояко:

- возникает «алкогольная анозогнозия» (неспособность осознать свою болезнь – зависимость): снижается способность критично оценивать своё употребление алкоголя, поведение, жизнь в целом; возникает система «оправданий/обоснований» употребления алкоголя;

- снижается общая способность анализировать, обобщать, осваивать учебу, профессию, поспевать за интеллектуальным развитием детей; проявляется в распросе и с помощью тестов на интеллект (тест Векслера, исключение лишнего, классификация предметов, интерпретация пословиц и поговорок, тест Айзенка, др.)

*Деграция в культурной сфере и сфере интересов:*

Утрачиваются прежние культурные интересы (творческие деятельности, к литературе, музыке, кино и др.) и хобби (спорт, фотография, садоводство, домашние животные и др.).

Возникает «алкогольный юмор» (может проявляться и при обследовании): в нем алкоголь предстает обязательным аспектом жизни, а у пьющих есть «преимущества» перед трезвенниками.

*Деграция в сфере семейных отношений:*

Проявляется с возникновения псевдозаповей I стадии: нарушаются ведущие (базовые) функции семьи и семья становится дисфункциональной.

Типичны нарушения следующих функций семьи:

- доверие между супругами, отношения дружбы;
- взаимная поддержка (в стремлении к самореализации, в самооценке, в чувстве достоинства);
- в досуговой функции;
- сексуально-эротической функции;
- воспитательной функции.

*Деграция в сфере социального (учебного, производственного, карьерного) развития личности:*

В подростково-юношеском возрасте начинается еще с систематизации употребления в I стадии, а в зрелом – с началом II стадии: врач должен описать, когда и в какой мере у больного утрачивался интерес к учебе (вплоть до её прекращения), освоению более сложных трудовых навыков или профессий, к карьере.

**Трактовка симптома «прогрессирующее забвение других интересов...» в картине синдрома зависимости от наркотика опийного ряда.**

В связи с высокой интенсивностью потребности в наркотике, возникающей сразу с первых случаев употребления,

	<p>признаки деградации личности (см. выше) возникают сразу же с начальной стадии наркомании.</p> <p><b>Трактовка симптома «прогрессирующее забвение других интересов...» в картине синдрома зависимости от наркотика каннабиноидного ряда.</b></p> <p>Природные каннабиноиды (марихуана). В связи с невысокой интенсивностью влечения к наркотику деградация личности начинается с II стадии и при условии непрерывного употребления наркотика, возникновения стойкого астенического синдрома или того или иного клинически выраженного расстройства личности.</p> <p>Синтетические каннабиноиды («спайсы»). Деградация возникает и должна быть описана уже с I стадии. Особенно быстро она возникает у лиц подростково-юношеского возраста, имеющих несколько взаимно утяжеляющих преморбидных факторов риска (педагогическая запущенность, девиантное поведение, СДВГ).</p>
<p><b>«Продолжение приёма вещества, несмотря на негативные последствия»</b></p>	<p>В отечественной литературе данный симптом не описывают как самостоятельный.</p> <p>При оформлении амбулаторной карты/истории болезни данный симптом указывается в разделе «анамнез болезни» и «психический статус».</p> <p>В анамнезе болезни сначала следует описать, какие у больного объективно выявлялись «негативные последствия» употребления алкоголя, объективно исключающие потребление алкоголя: соматические, неврологические, психопатологические (включая наркологические), психологические, социальные; в соответствии с требованиями МКБ-10, каждое из них должно быть объективно установлено соответствующей медицинской организацией или зафиксировано в характеристиках, протоколах.</p> <p>Далее описывается, когда и как больному различными специалистами и другие лица (семья, сослуживцы) сообщалось о невозможности продолжать употреблять алкоголь.</p> <p>Наконец, описывается как больной продолжал употреблять алкоголь вопреки тому, что ему уже известны и указанные выше негативные последствия употребления и его критика. Особенно важно описать, как больной принимал решения о продолжении употребления, что актуально для прогноза ремиссии.</p> <p>В разделе «анамнез болезни» описываются и рецидивы алкоголизма после отказа больного от поддерживающего лечения, диспансерного наблюдения и реабилитации.</p> <p>В разделе «психический статус» данный симптом описывают как одну из характеристик психического состояния на момент обследования:</p> <p>- в I и II стадии – как проявление некритического отношения больного к симптомам зависимости от алкоголя, как отсутствие осознания болезни, как алкогольная анозогнозия;</p>

	<p>- в III стадии – как проявление общей деградации личности (в ряду других признаков органического снижения интеллекта), алкогольной анозогнозии, нарастания тяжести влечения к алкоголю до компульсивного; следует описать, видит ли пациент и как оценивает парадокс – продолжение активного употребления алкоголя вопреки возникновению тяжелых и очевидных соматических осложнений и/или социальных последствий.</p> <p><b>Трактовка симптома «продолжение приёма вещества, несмотря на негативные последствия» в картине синдрома зависимости от наркотика опийного ряда.</b></p> <p>Признак «продолжение приема вещества...» связан с компульсивным влечением к наркотику, тяжелыми абстинентным синдромом и отсутствием критического отношения больного к употреблению наркотика и должен быть описан в единой картине с этими симптомами зависимости.</p> <p><b>Трактовка симптома «продолжение приёма вещества...», несмотря на негативные последствия» в картине синдрома зависимости от наркотика каннабиноидного ряда.</b></p> <p>При употреблении природных каннабиноидов отмечается низкая скорость развития систематизации и I стадии зависимости, в связи с чем признак «продолжение приема вещества...» связан с первичным влечением к нему, отсутствием у больного критического отношения к наркотику, влиянием компании.</p> <p>При употреблении синтетических каннабиноидов – аналогично.</p>
<p><b>Ремиссии и рецидивы алкоголизма как аспект признака «продолжение приёма вещества, несмотря на негативные последствия»</b></p>	<p><b>Спонтанные ремиссии:</b> описывается, в какие годы они были, какая продолжительность, насколько восстанавливалась личность (семья, работа, характер, другое). За спонтанную ремиссию засчитывается период полной трезвости. Употребление «подпороговых» доз алкоголя, не вызывающих выраженного опьянения, следует рассматривать не как ремиссию, а как временное снижение интенсивности зависимости.</p> <p><b>Терапевтические ремиссии:</b> описывается, в какие годы больной проходил лечение, какое лечение и его длительность, какая реабилитация, длительность ремиссии (сколько месяцев, лет). Описывается мотивация обращения за помощью:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- внешняя: ухудшение здоровья, давление семьи, работы, полиции, решение суда, другое</li> <li>- внутренняя: осознание зависимости и критическое отношение к ней, желание сохранить семью, стремление к достижениям</li> <li>- другие мотивы</li> </ul> <p>В качестве терапевтической ремиссии учитывается период полной трезвости, начавшийся с первых суток лечения.</p> <p><b>Восстановление личности и механизмы поддержания терапевтической ремиссии (каждый из них следует описать):</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- коррекция преморбидных расстройств личности (указать – каких),</li> <li>- восстановление ценностей и смыслов,</li> <li>- укрепление установки на полную трезвость,</li> <li>- повышение образования и квалификации,</li> <li>- развитие трудовой деятельности</li> <li>- развитие семьи: коррекция дисфункций семьи, рождение ребенка, улучшение воспитательной функции, восстановление сексуальности, другое</li> <li>- развитие зрелых психологических защит и копинг-поведения</li> <li>- диспансерное наблюдение и поддерживающее лечение (в предрецидивных состояниях)</li> <li>- длительная медицинская и социальная реабилитация</li> <li>- другие</li> </ul>
	<p><b><i>Ведущие механизмы рецидивов алкоголизма, подлежащие анализу и описанию:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обострение преморбидных расстройств</li> <li>- Стрессы и фрустрации</li> <li>- Провоцирующие влияния среды (на работе, в созависимой семье, др.)</li> <li>- Отсутствие установки на длительную (пожизненную) полную трезвость</li> <li>- Спонтанное влечение к алкоголю без борьбы мотивов (без критического к нему)</li> <li>- Обострение интенсивного влечения к алкоголю (компульсивного, пароксизмального)</li> <li>- Предрецидивные психические расстройства («отставленные похмелья», невротические, депрессивные, психопатические)</li> <li>- Отсутствие реабилитации (отказ, нет специалистов)</li> <li>- Нет психокоррекции преморбидных расстройств личности (факторов риска), их обострение в ходе ремиссии</li> <li>- Нет диспансерного наблюдения</li> <li>- Другие механизмы</li> </ul>

### **Раздел III**

#### **Жалобы больного при обращении за помощью.**

Для установления психотерапевтического контакта с больным врач применяет приемы психологического «присоединения» к больному, активного слушания, мотивационного консультирования.

Жалобы записываются со слов больного (желательно прямой речью) в последовательности их предъявления; таким же образом записываются ответы больного на уточняющие вопросы врача.

Уточняющие вопросы врач задает с использованием лексики (понятий, терминов), применяемых самим больным для описания себя (кроме ненормативной, агрессивной и депрессивной/самоуничижительной лексики).

Расспрос о жалобах длится, пока больной не подтвердит возникновение у него чувства завершенности их описания.

## Раздел IV

### **Анамнез жизни и болезни по сведениям пациента (субъективный анамнез)**

Больному предлагается самостоятельно и с помощью вопросов врача проанализировать историю жизни, как он ее помнит (с характеристикой родительской семьи), начиная с ранних этапов и до этапа начала употребления алкоголя/наркотика. Далее анамнез жизни может объединяться с анамнезом болезни.

Анализируется развитие психологических новообразований каждого этапа онтогенеза личности, протекание возрастных и иных кризисов развития проводится по разделу «Этапы развития (онтогенез) личности» (см. ниже).

Анализ и описание симптомов зависимости проводится по разделу «Клиническое обоснование наличия симптомов зависимости» (см. ниже).

Следует различать два варианта исследования и оформления анамнеза жизни и болезни в зависимости от цели исследования.

**Первый вариант – добровольное обращение за помощью:** отличается тем, что имеет целью закрепить мотивацию лечения и реабилитации. Обследование больного, начиная уже с раздела жалоб, объединяется с его мотивационным консультированием; применяются подходы позитивной психотерапии и специальные приемы из различных направлений психотерапии.

Анализ преморбидных этапов онтогенеза сосредотачивается не на нарушениях развития личности, а преимущественно на достижениях, успехах, составляющих ресурсы ее развития. Из них подробно анализируются те, которые сохраняются/проявляются до настоящего времени и определяют мотивацию обращения за помощью.

Анализ возникновения и развития симптомов зависимости проводится не столько для уточнения ее симптомов, сколько для анализа, какие признаки успешного развития личности и в каких сферах препятствуют зависимости, какие возникали психологические защиты от зависимости (какие их виды) и какой опыт спонтанных ремиссий.

Анализ прошлых периодов лечения и реабилитации также сосредотачивается преимущественно на позитивных аспектах: Когда и куда ранее обращался за помощью. В каких жизненных ситуациях это было и с какими (внешними, внутренними) мотивами. Как воспринимал лечение (виды), психотерапию и психокоррекцию (виды). Какой ресурс развития личности (реабилитационный потенциал) проявлялся/формировался в периоды терапевтических ремиссий; как он связан с общим преморбидным потенциалом развития больного. Какой продолжительности ремиссии, какие предрецидивные расстройства, как больной их преодолевал и далее использовал этот новый опыт.

Позитивный подход позволяет врачу в беседе называть симптомы типичными (научными, бытовыми) терминами: у больного почти не возникает сопротивление против их описания и анализа, так как он сам для себя называет их так же.

**Второй вариант – медицинское освидетельствование в ситуации судебно-психиатрической экспертизы или по направлению суда;** отличается тем, что имеет целью в первую очередь дать ответ, есть или нет у освидетельствуемого наркологическое заболевание. В данной ситуации больной обычно скрывает симптомы зависимости, дает протестные реакции и сопротивление, в будущем может оспаривать диагноз. В связи с



этим в беседе целесообразно использовать рефрейминг: обозначать симптомы эмоционально более нейтральными терминами; например, вместо «запой» - «период употребления», вместо «тяга выпить/уколоться» - «желание», вместо «похмельное /абстинентное состояние» - «реакция организма на выпитое/употребленное накануне», вместо «агрессивность/драки в опьянении» - «проблемы с нервами и поведением в опьянении» и т.п.

Всю беседу (от жалоб и до анамнеза жизни и болезни) целесообразно конспектировать в амбулаторной карте/истории болезни прямой речью, а также записывать беседу на диктофон с последующим переносом записи на персональный компьютер (диктофон и ПК входят в стандарт оснащения врачебного кабинета).

Субъективный анамнез болезни целесообразно выделять в самостоятельный раздел в амбулаторной карте/истории болезни, отдельный от анамнеза жизни, в следующих случаях:

- атипично быстрое (в детско-подростковом возрасте, у женщин, в пожилом возрасте и др.) развитие синдрома зависимости;
- случаи, когда требуется уточнение стадии зависимости;
- если наблюдаются т.н. переходные стадии (I-II; II-III);
- множественные и непрерывно меняющиеся мотивации употребления алкоголя и клинические виды влечения к нему;
- возникновение в динамике алкоголизма психотических и тяжелых неврологических расстройств, меняющих его течение;
- развитие алкоголизма на фоне психопатологических преморбидных расстройств (эндогенные заболевания – депрессия, шизофрения, органическое поражение; расстройство развития личности – невротическое или патохарактерологическое и др.).

## **Раздел V**

### **Объективный анамнез жизни и болезни.**

Объективный анамнез жизни и болезни имеет два источника.

1. Объективный анамнез жизни и болезни по сведениям родственников и других значимых лиц, сопровождающих больного при его обращении за помощью.

В амбулаторной карте/истории болезни должно быть зафиксировано (в произвольной форме) согласие больного на участие других лиц в беседе.

Для создания позитивной атмосферы беседы желательно вести расспрос родственников и других лиц в его присутствии; исключение – дети и подростки с девиантным поведением. Родственники и другие лица предупреждаются о том, что от достоверности их сведений зависит точность оценки состояния больного, диагноза, программы лечения и реабилитации.

Члены семьи и другие значимые лица анализируют историю жизни больного и употребления им алкоголя в тех же аспектах, что и сам больной (разделы «Этапы развития (онтогенез) личности» и «Клиническое обоснование наличия симптомов зависимости»).

Рассказы родственников и других лиц следует дополнительными вопросами доводить до такой степени точности, чтобы они однозначно свидетельствовали или о наличии симптома, или о его отсутствии у больного. В обоих этих случаях рассказы родственников фиксируются дословно, как и рассказы больного.

Не следует учитывать сведения родственников, если они эмоционально отвергают больного, так как это снижает достоверность их сведений.

2. Объективный анамнез жизни и болезни по сведениям из различных социальных характеристик учреждений системы профилактики.

Данные из социальных характеристик не могут напрямую засчитываться за доказательства наличия симптомов зависимости, так как не содержат его клинические описания (в отличие от самоотчетов больных и рассказов родственников). Соответственно, социальные сведения должны сначала получить клиническую интерпретацию врача-психиатра-нарколога (в формулировках из раздела «Клиническое обоснование наличия симптомов зависимости»); именно эта интерпретация и будет зафиксирована в амбулаторной карте/истории болезни как доказательство симптома.

Например: «Неоднократные задержания в опьянении (даты протоколов), или сведения с места работы о прогулах, или данные участковой службы УВД о конфликтах с окружающими в опьянении, или сведения из школы, КДНиЗП и ПДН УВД, центра социальной помощи (привести основания для постановки в них подростка на учет) говорят о том, что у больного проявляется влечение к алкоголю, нарушена способность контролировать длительность приема и дозировку алкоголя; он продолжает приём алкоголя, несмотря на негативные социальные последствия».

### ***5.1. Источники объективных социальных характеристик о несовершеннолетних.***

Амбулаторная карта детской поликлиники и другие медицинские документы. Из них в наркологическую амбулаторную карту/историю болезни переносятся ксерокопии сведений о норме развития или о патологии:

- данные о патологии беременности и родов из обменной карты;
- обследования детского невропатолога последовательно во всех возрастах от 1-го года жизни до текущего,
- параклинические исследования – ЭЭГ, УЗИ сосудов головного мозга; обследования детского психиатра, медицинского психолога, или наличие фактов направления к данным специалистам с обоснованием этого направления;
- Анализ документов от наркологической и психиатрической служб (результаты предыдущих обследований по амбулаторным картам/историям болезни; выписки, эпикризы);
- Анализ характеристик с места учебы: педагогических характеристик, результатов обследований психолога образовательной организации, данные наблюдений по месту жительства;
- Данные от правоохранительных органов (ПДН УВД): ксерокопии протоколов задержания в состоянии опьянения, актов медицинского освидетельствования на состояние опьянения, характеристик с места жительства, данных из административных и уголовных дел;
- Данные от районной КДНиЗП: ксерокопии протоколов заседаний с рассмотрением данного лица и его семьи (родителей, опекунов), копии характеристик, представленных в КДНиЗП и др.;
- Данные от органов опеки и попечительства (по вопросам, относящимся к их компетенции).
- Данные патронажа по месту жительства (если эта форма работы входит в должностные инструкции сотрудников наркологической службы).

## 5.2. Источники объективных социальных характеристик о взрослых.

- Анализ документов от наркологической и психиатрической служб: результаты предыдущих обследований по амбулаторным картам/историям болезни; выписки, эпилепсии;

- Данные от правоохранительных органов: копии протоколов задержания, аресты, материалы административных и уголовных дел;

- Данные от участковой службы, УКОН, ФСИН, «вытрезвителей»;

- Данные с места работы (в случаях, когда вопрос об обследовании связан с трудовой деятельностью и получение сведений с места работы не будет нарушать врачебную тайну);

- Данные патронажа по месту жительства (если эта форма работы входит в должностные инструкции сотрудников наркологической службы).

Документы из пунктов 5.1 и 5.2 визируются датой и подписью врача-психиатра-нарколога на них, подтверждающей его ознакомление с ними.

Следует указать, что как МКБ-10, так и методические документы не устанавливают источники, из которых следует получать описания симптомов (сам больной, его родственники, другие данные), а также насколько они должны совпадать между собой, чтобы стать достаточным основанием для постановки диагноза алкоголизма.

Практика случаев, когда больные оспаривают установленный им диагноз, показывает: для доказанности наличия симптомов зависимости каждый из них должен подтверждаться тремя источниками: самоописаниями больного (в жалобах, анамнезе), его родственниками, сведениями из социальных характеристик. Кроме того, их следует подтвердить обследованием психосоматического, неврологического и психического статуса (см. ниже).

\*\*\*

Для уменьшения времени трудозатрат на регистрацию данных анамнеза болезни рекомендуется использовать бланк, заполняемый компьютерным способом.

Бланк регистрации анамнеза болезни предлагается только для больных с синдромом зависимости от алкоголя (алкоголизмом) в связи с тем, что данный диагноз наиболее распространен и типичен в российской социальной среде.

В связи с социальной и юридической значимостью диагноза наркомании обследование больных следует оформлять исключительно рукописным способом.

### Бланк регистрации анамнеза болезни (зависимости от алкоголя) на основе «Глоссария» (заменяет разделы «Жалобы», «Анамнез болезни»)

Симптомы зависимости, на какие больной предъявляет жалобы и описывает в анамнезе: по МКБ10 и в отечественной клинической традиции.  Подчеркнуть от руки или на ПК	Указать: Год начала симптома, Дальнейшие годы его развития	Описания симптома зависимости в жалобах больного, в его анамнезе жизни и болезни (в т.ч. – с образцами его прямой речи), в объективном анамнезе по сведениям родных (в т.ч. – с образцами их прямой речи) и объективным данным. Вписать от руки или впечатать на ПК конкретные характеристики симптомов (их описания больным), наличие которых отмечено в левом столбце
МКБ-10: Сильная (иногда неодолимая) потребность принять ПАВ		
Первичное влечение к алкоголю (психическая зависимость от алкоголя)		
Вторичное влечение к алкоголю: -с частичной утратой контроля над дозой		

- с полной утратой контроля над дозой		
<b>Влечение к алкоголю в составе похмельного синдрома</b>		
<b>Клинические формы влечения к алкоголю:</b>		
- парциальная (локализованная)		
- влечение без борьбы мотивов		
- навязчивая (навязчивая), с борьбой мотивов		
- тотальная (генерализованная) или компульсивная		
- пароксизмальная		
- психопатологическая		
<b>Психическая зависимость от алкоголя; мотивы использования:</b>		
- как средство защиты от кризисов, трудностей, конфликтов отношений		
- как средство развлечения		
- для облегчения коммуникаций		
- для сексуального поведения		
- как седативное, антистрессовое, противотревожное средство		
- как антидепрессивное средство		
- для поддержки психофизического комфорта, работоспособности.		
- другие (индивидуальные) мотивы		
<b>Сила влечения/потребности в алкоголе</b>		
- способно изменять эмоциональное состояние больного		
- способно искажать мотивы; нет борьбы мотивов против ПАВ		
- способно изменять поведение больного		
- создает систему оправданий потребления ПАВ без психологических защит от него		
- лишает больного критической оценки своего употребления ПАВ		
- ведет к употреблению ПАВ вопреки негативным последствиям		
<b>МКБ-10: Нарушение способности контролировать длительность приема и дозировку вещества</b>		
<b>Утрата количественного контроля - частичная</b>		
<b>Утрата количественного контроля - полная</b>		
<b>Изменение формы употребления алкоголя:</b>		
- систематизация употребления при развитии 1 стадии		
- периодический тип потребления (псевдозапой) 1-2 стадии		
- истинных циклические запои или ежедневное потребление в 3 стадии		
<b>Амнезии периода опьянения:</b>		
- парциальная («палимпсесты»)		
- тотальная		
<b>Возникновение измененных форм опьянения:</b>		
- астенической (невротической)		
- депрессивной, «меланхолической»		
- психопатической (дисфорической, взрывной с агрессией)		
- гипоманиакальной с возбуждением		
- паранойальной		
- других индивидуальных форм		
<b>МКБ-10: Синдром отмены, характерный для алкоголя: беспокойство, снижение настроения, расстройство сна; облегчение после приема отмененного вещества</b>		
<b>Астенический синдром: утомляемость,</b>		

пассивность, головные боли, невозможность сосредоточиться, гиперпатия к раздражителям, плаксивость, трудность подъема после сна и выхода на работу		
<b>Синдром соматовегетативных расстройств:</b> головные боли и головокружения, тахикардия, гипергидроз, гиперемия лица, дискинезия кишечника, явления гастрита, боли в области печени, сухость во рту и сильная жажда, снижение аппетита		
<b>Синдром неврологических расстройств:</b> мелкий или крупноразмашистый тремор рук, нистагм, миопопадание при пальценосовой, другие нарушения в пробах на координацию, атаксия при ходьбе, диэнцефальные кризы, пароксизмальные расстройства		
<b>Непсихотические психические расстройства:</b> нарушения сна, депрессия, неврастенические, истерические, фобические, обострение акцентуаций и психопатий		
<b>Влечение к алкоголю (к опохмелению) с эффектами:</b> с «облегчением» и остановкой употребления алкоголя; с активизацией влечения и продолжением употребления алкоголя (псевдо- или истинного запоя); для непрерывной поддержки физического комфорта (гомеостаза)		
<b>Психотические расстройства в абстинентном синдроме:</b> делирий, слуховой галлюциноз, бредовые, др.		
<b>МКБ-10: Использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены</b>		
<b>Неспецифическое опохмеление (не алкоголем):</b> медикаменты (седативные, снотворные, вегетотропные, анальгетики и др.), обильное питье, отдельные продукты, домашняя «физиотерапия» - душ/ванна, физические упражнения		
<b>Перекрестная зависимость</b> – прием других психотропных веществ (седативные, снотворные, вегетотропные, анальгетики, наркотики и др.), если эти другие вещества утяжеляют течение алкоголизма и вызывают симптомы зависимости от них самих		
<b>МКБ-10: Признаки толерантности, такие как повышение дозы вещества для достижения такого эффекта, который достигался ранее меньшей дозой, иногда превышающее предел переносимости</b>		
<b>Смена психотропного эффекта алкоголя с седативного на психостимулирующий</b>		
<b>Повышение разовой переносимости:</b> увеличение дозы алкоголя с получением того же эффекта (степени опьянения), который прежде возникал с меньших доз; рост разовой толерантности в три и более раза		
<b>Повышение динамической толерантности:</b> нарастание разовой толерантности с каждым следующим днем псевдозапоя 1-2 стадии; нарастание суточной толерантности с каждым следующим днем псевдозапоя 1-2 стадии.		
<b>Снижение разовой толерантности:</b> состояние опьянения при тех же дозах возникает быстрее в сравнении с предыдущими годами; прежняя степень опьянения достигается меньшими дозами		

<p><b>Снижение динамической толерантности к алкоголю:</b> в отдельных выпивках с каждым следующим днем запоя 3 стадии; снижение суточной толерантности с каждым следующим днем запоя 3 стадии; возникновение интолерантности (непереносимости) алкоголя с аверзионным синдромом</p>		
<p><b>Утрата эйфорического (маниакального) компонента опьянения:</b> в опьянении пропадает «радость» и «благодаршие»; больной выпивает, чтобы изменить сознания («оглушиться», «забыться», «одуреть» и т.п.)</p>		
<p><b>Превышение предела переносимости:</b> случаи тяжелой алкогольной интоксикации (III-IV степень опьянения) с вызовом скорой медицинской помощи, госпитализацией в стационар или в токсикоцентр</p>		
<p><b>МКБ-10: Прогрессирующее забвение других интересов и удовольствий, кроме употребления вещества (алкоголя)</b></p>		
<p><b>Алкогольные изменения (деградация) личности</b> – морально-этическая, мотивационно-смысловая (ценностная), интеллектуальная, профессиональная, в семейной жизни (конфликты, развод, оставление детей и др.) и других сферах жизни (вписать конкретные признаки)</p>		
<p><b>Утрата этического (ситуационного) контроля</b> за потреблением алкоголя: употребление алкоголя в запрещенных или недостойных местах; в случайных компаниях или с лицами, имеющими признаки алкогольной деградации личности</p>		
<p><b>МКБ-10: Продолжение приёма вещества, несмотря на негативные последствия</b></p>		
<p><b>Продолжение приёма алкоголя, несмотря на информацию от врачей о наличии у больного связанных с алкоголизацией:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- соматических заболеваний</li> <li>- неврологических заболеваний</li> <li>- психических заболеваний (расстройств)</li> </ul>		
<p><b>Продолжение приёма алкоголя, несмотря на социальные негативные последствия от него:</b> прогулы, снижение квалификации, увольнения, безработность; аресты, задержания в состоянии опьянения, судимости и др.</p>		
<p><b>Продолжение приёма алкоголя, несмотря на получение информации от врачей о развитии зависимости и необходимости ее лечения.</b> Наличие рецидивов алкоголизма с отказами от лечения/реабилитации</p>		
<p><b>Ремиссии и рецидивы алкоголизма:</b></p>		
<p><b>Спонтанные ремиссии:</b> в какие годы, какая продолжительность, восстановление личности (семья, работы, психического состояния, другое)</p>		

<p><b>Терапевтические ремиссии:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в какие годы лечение, какое лечение и длительность, реабилитация</li> <li>- длительность ремиссии (сколько месяцев, лет)</li> </ul> <p>Мотивация обращения за помощью:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- внешняя: ухудшение здоровья, давление семьи, работы, полиции, решение суда, другое</li> <li>- внутренняя: осознание зависимости и критическое отношение к ней, желание сохранить семью, стремление к достижениям</li> <li>- другие мотивы</li> </ul>		
<p><b>Восстановление личности и механизмы поддержания терапевтической ремиссии:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- коррекция преморбидных расстройств личности (указать – каких),</li> <li>- восстановление ценностей и смыслов,</li> <li>- укрепление установки на полную трезвость,</li> <li>- повышение образования и квалификации,</li> <li>- развитие трудовой деятельности</li> <li>- развитие семьи: коррекция дисфункций семьи, рождение ребенка, улучшение воспитательной функции, восстановление сексуальности, другое</li> <li>- развитие зрелых психологических защит и копинг-поведения</li> <li>- диспансерное наблюдение и поддерживающее лечение (в предрецидивных состояниях)</li> <li>- длительная медицинская и социальная реабилитация</li> <li>- другие</li> </ul>		
<p><b>Ведущие механизмы рецидивов алкоголизма:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обострение преморбидных расстройств</li> <li>- Стрессы и фрустрации</li> <li>- Провоцирующие влияния среды (на работе, в созависимой семье, др.)</li> <li>- Отсутствие установки на длительную (пожизненную) полную трезвость</li> <li>- Спонтанное влечение к алкоголю без борьбы мотивов (без критического к нему)</li> <li>- Обострение интенсивного влечения к алкоголю (компульсивного, пароксизмального)</li> <li>- Предрецидивные психические расстройства («отставленные похмелья», невротические, депрессивные, психопатические)</li> <li>- Другие</li> </ul>		

\*\*\*

В разделах «субъективный и объективный анамнез жизни» врач анализирует и описывает онтогенез (развитие) личности больного последовательно на всех возрастных этапах, во всех сферах и во взаимодействии с социумом – как до, так и в процессе развития зависимости.

Данный онтогенетический (эволюционный) подход получает все большее распространение в связи с актуальными направлениями наркологии:

- медико-психологическая коррекция преморбидных факторов риска, выявляемых в процессе терапии;

- детско-подростковая наркология, где практически у всех больных имеются преморбидные нарушения развития личности;

- медицинская реабилитация, основная цель которой – коррекция преморбидных расстройств личности и расстройств, возникших из-за развития зависимости.

Онтогенетический подход позволяют представить два ключевых аспекта личности больного:

Первый: на каких этапах возрастного развития и в каких сферах личности больной развивался успешно; это позволяет оценить потенциал восприятия больным различных методов психотерапии и психокоррекции и реабилитации, ресурсы/потенциал развития личности больного в ремиссии.

Второй: какие нарушения развития и на каких этапах (преморбидных, в ходе болезни) возникали и участвовали в патогенезе алкоголизма, препятствуют выздоровлению; это позволяет определить «мишени» для терапии и психокоррекции.

В данных рекомендациях использована одна из самых распространенных классификаций возрастных этапов развития личности – по Э. Эриксону, с уточнениями из отечественной литературы по возрастной психологии (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, Л.Ф. Обухова, А.А. Реан) – в кратком виде она приведена ниже в бланке регистрации данных анамнеза жизни.

Перинатальный и первые три этапа онтогенеза личности исследуются при обращении несовершеннолетних – по данным их родителей и по объективным данным из медицинских и дошкольных образовательных организаций.

У взрослых ранние этапы онтогенеза личности исследуются при способности больного анализировать раннее детство.

**Бланк регистрации данных анамнеза жизни  
(до начала зависимости и в процессе развития зависимости)  
Используется для больных алкоголизмом и больных наркоманией**

<b>Норма возрастного развития на данном этапе (Подчеркнуть или отметить на ПК)</b>	<b>Факторы риска (как их описывает больной, родственники; выявляются по сведениям из объективных источников) (Подчеркнуть или отметить на ПК)</b>
<b>Перинатальный период (период беременности данным больным)</b>	
Готовность родителей больного к беременности	Нарушения беременности: хроническая гипоксия плода; гипотрофия плода; острые и хронические инфекции; угроза невынашивания и др.
Принятие беременности родителями и прауродителями с обеих сторон	Стрессы периода беременности: невротические и депрессивные расстройства у матери; отвержение семьи и беременности самой матерью, отцом будущего ребенка, прауродителями. Конфликты (дисфункции) в семье; развод/уход отца/матери из семьи
Улучшение базовых функций семьи за время беременности	Нарушения в родах, ведущие к острому нарушению мозгового кровообращения и повреждению головного мозга плода
Возрастание чувства родительства и ожидания родов	Другие факторы риска перинатального периода:
Освоение родителями программы подготовки к родам	
<b>1-й этап развития личности: «Доверие-тревога». 0-2,5 года</b>	
Развитие базового доверия к миру (преодоление базовой тревоги) за счет любви родителей, константности воспитательной среды	<b>Психиатрический (медико-психологический) фактор риска</b> - непрерывная высокая тревожность в отношении окружающего мира и самого себя. Депрессивно-фобические и другие виды аномального родительского воспитания
Исследовательский интерес к миру	Страхи перед новым опытом (людьми, ситуациями, играми, делами), пассивные психологические защиты (избегание, изоляция, отказ от деятельности), эмоциональная неготовность к детскому саду
Развитие фразовой речи и общения с близкими	<b>Нейропсихологический фактор риска</b> - перинатальная энцефалопатия с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (гипервозбудимости). Отвержение родителями «трудного» ребенка



Развитие вегетативной саморегуляции, преодоление физиологического энуреза и энкопреза	Высокая отвлекаемость, утомляемость, возбудимость и затруднения в общении создают нейропсихологическую неготовность к детскому саду и дошкольным развивающим центрам
<i>Другие признаки нормы:</i>	<p>Замедляется темп развития интеллекта и речи (отсутствие фразовой речи к 2,5 годам, дизлексия, заикание), моторная неловкость, возбудимость</p> <p><b>Семейные факторы риска:</b>          Воспитание в неполной семье: изначально незамужней мамой (Z61.0), после смерти одного из родителей (Z60.1), после конфликтов и развода родителей (Z63.5); создается дефицит отцовского (мужского) воспитания. Семья с алкоголизмом (Z81.1) или наркоманией (Z81.4) у родителя. Эмоциональное отвержение ребенка со стороны его родителей – активное (Z62.3) или пассивное (Z62.4); передача ребенка на воспитание в учреждение постоянного проживания или интернатное учреждение (Z59.3; Z62.2)</p> <p><b>Факторы риска, возникающие на последующих этапах возрастного развития вслед за неуспешным развитием на данном этапе:</b>          Трудности адаптации в детском саду          Отсутствие обучающего и игрового опыта у ребенка (Z62.5)          Сипптомокомплекс неготовности к школе с отсутствием способности к обучению (Z55.1)          Легастения          Астенические черты личности (при преобладании в СДВГ дефицита внимания - F90.0)          Возбудимые черты (при преобладании в СДВГ гиперактивности - F90.1)          Нарастание трудностей в обучении в начальных классах с протестами и снижением мотивации учебы к 4-5-му классу (Z55.4) и кризис 5-6-го класса          Расстройств поведения: в рамках семьи - F91.0; оппозиционного расстройства, подростковых реакций - F91.3; несоциализированного (индивидуального) - F91.1; социализированного (в т.ч. девиантное) в группе - F91.2          Зависимость от ПК, гаджетов          Детское воровство, kleптомания (F63.2)          Социальное тревожное расстройство (F93.2)          Типичны школьные фобии (F40.1) (по Р. Филлипсу): общая тревожность в школе, переживание социального стресса и низкая физиологическая сопротивляемость ему (астенический синдром, психосоматические реакции), тревожность при фрустрации потребности в успехе; страх самовыражения, проверки знаний, страх не соответствовать ожиданиям окружающих, страх перед учителями.          Кризис 5-6-го класса.          Замена учебы и множества внеучебных деятельности и хобби на более «простые» для ребенка виртуальные деятельности (игры в телефонах и ПК, общение в Интернете).          Стойкое снижение самооценки - «комплекс неполноценности» (Z61.3)</p>
<b>2-й этап развития личности: «Автономность/самостоятельность – стыд, сомнение». 2,5 –4,5/5 лет</b>	
Развитие индивидуального сознания и самосознания - кризис 3-х лет (период «раннего детского негативизма, упрямства»)	<b>Нейропсихологический фактор риска (СДВГ) и психиатрический/медико-психологический фактор риска (фобические расстройства)</b> - описаны выше; на данном этапе проявляются при их недостаточном лечении.
Развитие полового самосознание («я мальчик», «я девочка»)	Подавление самостоятельности Избегание/отказ от самостоятельных дел
Развитие самостоятельности (автономности) в суждениях, делах и играх, своей точки зрения: защита своей самостоятельности (своего Я)	Психологическая зависимость от взрослых и лидеров, подчиняемость Стыд и сомнение в себе при попытке поступить самостоятельно; отказ от деятельности, в том числе в детском саду и развивающих центрах Утяжеление начавшихся прежде нарушений личности – до невротических
Развитие самооценки на основе осознания своего успешного развития	<b>Аномальное родительское воспитание (в ответ на кризис 3-х лет у ребенка);</b> при обследовании, особенно пациентов детского и подросткового возраста, следует установить и описать механизмы возникновения и виды аномального воспитания
Первый опыт саморегуляции: выбирать и планировать дела, проявлять волю, преодолевать трудности	<b>Типичные виды аномального воспитания:</b> - Эмоциональное отвержение ребенка, враждебное отношение, раздражительность и оскорбления за любые поступки, напрасные обвинения (Z62.3).
Возникновение потребности в своем пространстве в доме	- Эмоциональная заброшенность ребенка. Отсутствие интереса к ребенку, похвалы и поддержки, ласки и тепла. Отчужденность родителей от

Усложнение речи и словаря до понимания литературного текста (сказок, мультфильмов)	ребенка. (Z62.4). - Неприемлемое давление со стороны родителей. Авторитарное воспитание с преобладанием критики и санкций (Z62.6).
Развитие интереса к собственному творчеству (техническому, художественному, музыкальному), к восприятию искусства, уходу за животными и растениями, бытовым деятельностью, в т.ч. с родителями.	- Излишняя опека со стороны родителей. Гиперопека. (Z62.1). - Заставляют ребенка превышать возможности возраста и доступную ответственность за поступки. Гиперсоциальное воспитание. (Z62.6). - Воспитание по типу «кумир семьи». - Неинформированность родителей, что делает ребенок и где находится, плохой контроль и отсутствие постоянной заботы о нем. Гипоопека. (Z62.0).
Успешная подготовка к школе, быстрое (в первых классах) развитие мотивации учебы, ее сохранение в кризисе 5-6-го классов и далее. Уверенность в классе и в последующих социальных группах	- Воспитательная неуверенность родителей, неготовность к родительству - Предпочтение в ребенке детских качеств (фобия взросления ребенка). - Предпочтение в ребенке качеств другого пола
Нормативное психосексуальное развитие в подростково-юношеском возрасте и ранней зрелости	<b>Основные механизмы аномального воспитания у родителей</b>
<b>Другие признаки нормы:</b>	<b>большого:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Хронически конфликтная семья: отсутствие между родителями контроля отношений, эмоционального и духовного контакта, безразличия, враждебность, непонимание, насилие (Z63.0) и перенос отношений взаимного отвержения на ребенка.</li> <li>- Нарушение функций семьи (психотерапевтической, досуговой, поддержки самооценки и потребности в самореализации (Z63.2), сексуальной, воспитательной, хозяйственно-бытовой и др.) и использование ребенка как компенсации дисфункции семьи или мести за нее.</li> <li>- Проявление у родителей акцентуированных/психопатических черт характера (параноидальных, истерических, возбудимых, фобических, неврастенических и др.).</li> <li>- Повторение родителями аномальных стилей воспитания своих родителей.</li> <li>- Инфантилизм родителей и их неготовность к родительству.</li> <li>- Обострение у родителей собственных не преодоленных в детстве кризисов развития, относящихся к тому возрастному этапу, на который сейчас вступил ребенок.</li> <li>- Перенос на ребенка собственных фрустрированных или, наоборот, успешных способностей/хобби со стремлением реализовать их в ребенке.</li> <li>- Иррациональные установки и ожидания в сфере воспитания</li> </ul>
	<b>Факторы риска, возникающие на последующих этапах возрастного развития после неуспешного проживания данного этапа:</b> Подавление автономности и самостоятельности во всех сферах личности; психологический инфантилизм и зависимое поведение; избегание ответственности, невротические расстройства. У стеничных детей - закрепление протестных реакций против родителей, свойственные кризису 3-х лет, в качестве черт характера
<b>3-й этап развития личности: «Инициатива/предприимчивость – чувство вины». 4,5/5 – 7/8 лет</b>	
<b>Развитие инициативы и предприимчивости</b> , успешности во всех деятельности, предшествующих учебной	<b>Основные факторы риска – те же, что и на предыдущем этапе.</b>
<b>Формирование личностной готовности к школе в разных сферах:</b> - в психологической защите от стрессов и тревоги; - в коммуникативной деятельности (способности знакомиться, устанавливать отношения дружбы, сотрудничества, навыки копинг-поведения в кризисных ситуациях); - в сложных сюжетно-ролевых играх с вовлечением сверстников и взрослых; - в активном, с сопереживаниями,	<b>Специфические факторы риска для данного этапа:</b> - Обедненная воспитательная среда (мало игрушек, ограничение неформального общения со сверстниками, нет развивающих деятельности в кружках); - «Кризис 30-летних» у родителей (обострение у них кризисов идентичности/самооценки; дисфункции семьи, разводы, повторные браки); - Аномальные педагогические стили у воспитателей детского сада (особенно, если они сходны с аномальными стилями воспитания в семье); - Избыточно амбициозный выбор школы не соответствующей интеллекту (лицей/гимназия вместо «обычной» школы), направленности личности (физико-математическая или техническая школа вместо гуманитарной, и - наоборот): гиперсоциализирующее воспитание (Z62.6)

<p>восприятию искусства (сказок, мультфильмов);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в самостоятельном творчестве (творческом самовыражении);</li> <li>- в технических/конструкторских деятельности, рукоделях;</li> <li>- в элементарном труде по дому (самостоятельном и совместном с родителями);</li> <li>- в занятиях в кружках и секциях (эстетических, интеллектуальных, спортивных, технических и рукоделях)</li> </ul>	<p><b>Нарушения в развитии личности:</b>  <b>В сфере деятельности:</b>  - Симптомом комплекс личностной «неготовности к школе», проявляющийся сразу в 1-м классе; потребность в помощи взрослых в учебе, неуверенность в себе, психосоматические расстройства как средство избегания неуспешной учебной деятельности; картина близкая к неврастении (F48.0);  - Отсутствие инициативы и успешности во всех деятельности, предшествующих учебной («ленивые», ничего не делающие дети);  - Способность начинать деятельность, но с быстрым истощением ее мотива, недостатком воли для преодоления трудностей; неспособность доводить дело до конца.  <b>В эмоциональной сфере:</b> незрелость эмпатии, способности сопереживать  <b>В самосознании:</b> сниженная самооценка и пассивные психологические защиты (избегание/отказ) в отношении потенциально неуспешных деятельности (учебы, сложных игр, творчества и др.);  <b>В сфере нравственности:</b> неспособность принимать нравственные решения, эмоциональная черствость, жестокость, эгоизм, непризнание своих ошибок (некритичность), раннее детская лживость и воровство;  <b>В сфере общения:</b> слабое развитие навыков общения, дружбы и сотрудничества; низкий социальный статус уже с 1-2-го класса, вплоть до отвержения.  <b>Слабость полового самосознания:</b> у мальчика – неуверенность в себе как в мальчике (мужчине), у девочки – как в девочке (женщине); особенно проявляется в нарушениях психосексуального развития на следующих двух этапах.  <b>Другие факторы риска:</b></p>
<p><b>Осознание собственного развития,</b> и радости от него; возникновение учения как новой деятельности в идеаторной сфере</p>	
<p><b>Активное развитие нравственности, гуманистических установок, совести:</b> - усвоение (интроекция) нравственных норм семьи;  - идентификация себя с родителями и другими значимыми лицами (героями сказок и фильмов, сверстниками);  - научение под влиянием первичного социального контроля; поддержка семьей нравственных, гуманистических деятельности, поступков, решений ребенка;  - решение спонтанно возникающих и создаваемых взрослыми ситуаций/задач на нравственный выбор, на смыслы гуманистических деятельности (поддержка слабых, пожилых и больных членов семьи, уход за животными и др.)</p>	
<p><b>Активное развитие гетеросексуального полового самосознания:</b> «Эдипов кризис», «комплекс Электры»</p>	
<p align="center"><b>4-й этап развития личности:</b>  <b>«Активность против чувства недостаточности, или компетентность против чувства неполноценности».</b>  <b>7/8 – 11/12 лет</b></p>	
<p>Возникновение способности к саморазвитию в деятельности: выбирать цель (на основе осознания прежних успехов, способностей и интересов), планировать ее достижение, осознавать и позитивно переживать достижения на каждом этапе и в конце дела, повышать самооценку и мотивацию продолжения дела</p>	<p><b>Факторы риска предыдущего этапа:</b>  <b>Нейропсихологические</b>  <b>Медико-психологические</b>  <b>Семейные:</b>  Воспитание в неполной семье (дефицит мужского/отцовского воспитания).  Аномальное воспитание: авторитарно-доминантное, гиперсоциализирующее воспитание, преобладания критики и наказаний; воспитательная неуверенность у родителей.</p>
<p>Непрерывное увеличение числа самостоятельных и успешных дел со стремлением «попробовать себя» в максимальном их числе  Возникновение хобби</p>	<p><b>Нарушения развития личности на 4-м возрастном этапе как факторы риска.</b>  Нет механизма саморазвития деятельности: ребенок не осознает себя в деле и не интересуется им; ребенок в большинстве дел пассивен («ленив»), его необходимо все время «подталкивать», в т.ч. в учебе; даже в 5-м классе родителям приходится заставлять ребенка учиться, готовить уроки за него.</p>
<p>Становление учебы к 4-5-му классу в качестве самостоятельной и одной из ведущих деятельности</p>	<p>Небольшое число самостоятельных внеучебных деятельности; не задерживается в кружках, нет хобби.  Неуверенность в полоролевом поведении.</p>
<p>Потребность в социальном успехе и авторитете (высоком статусе) – в классе, кружках, секциях</p>	<p>Чувство некомпетентности и «комплекс неполноценности» при сравнении с другими, успешными в делах  Неврозы: фобии, неврастения; психосоматические расстройства</p>
<p>Развитие способности к общению и дружбе на основе сходства интересов и навыков преодоления кризисных ситуаций («социальный интеллект»)</p>	<p><b>Влияние на дальнейшее развитие личности и возникновение зависимости от алкоголя:</b>  Кризис 5-6-го класса протекает с падением мотивации учебы и успеваемости, протестными реакциями против учебы.</p>

<p>Образование в классе малых групп по интересам как предшествующий пубертатных реакций группирования</p>	<p>В кризисе 7-8-го класса утрачивается мотивация сложных развивающих деятельностей.</p>
<p>Развитие уверенного полоролевого поведения (в условиях т.н. «латентной» стадии либидо): мужественности у мальчиков и женственности у девочек</p>	<p>Возникают компенсаторные примитивные деятельности, в том числе – девиантное поведение (зависимость от игр в гаджетах, прогулы школы, уличное хулиганство в группах). Одной из компенсаторных деятельностей становится потребление алкоголя – при отсутствии к нему критического отношения и нравственного контроля</p>
<p><i>Другие признаки нормы:</i></p>	<p><i>Другие факторы риска:</i></p>
<p><b>5-й этап развития личности: «Идентичность (целостность «Я») – смешение идентичностей». 11/12 – 18/19 лет</b></p>	
<p><i>Возникновение сложного свойства личности – идентичности или целостности «Я» при успешном развитии в следующих сферах:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Преодоление кризиса 13-летнего возраста (переход на операциональное/абстрактно-логическое мышление; развитие самосознания (интроспекции); осознание множества состояний «Я»; зрелые механизмы защиты (копинга) и саморегуляции)</li> <li>- Последовательное преодоление социально-психологических кризисов развития: кризиса 5-6-го класса, кризиса 8-9-го класса, кризиса 10-11-го класса (выбора учебы и профессии); кризис перехода негативной фазы пубертата (оппозиции против родителей в 14-16 лет) в позитивную (мотивационно-смысловую интеграцию с родителями в 16-18 лет)</li> <li>- Реакции группирования</li> <li>- Реакции оппозиции против взрослых</li> <li>- Реакции эмансипации от родителей</li> <li>- Социальная компетентность в общении и переход к зрелым отношениям дружбы на основе совместного развития и исповедального общения</li> <li>- Успешное психосексуальное развитие: последовательное прохождение стадий романтического/платонического (12-14 лет), эротического (14-17 лет) либидо и стадии начального сексуального либидо (17-19 лет)</li> <li>- Успешная учебная деятельность; готовность к продолжению профессионального образования после школы</li> <li>- Просоциальная иерархия ценностей, мотивов и смыслов, гуманистических установок и соответствующих им смыслообразующих деятельностей</li> </ul>	<p><i>Акцентуации личности/характера и их переход в патохарактерологическое развитие</i>, в психопатию в результате продолжения нарушений развития с предыдущих 3-4-м этапов. Особенно опасные для начала употребления алкоголя и зависимости от него следующие типы акцентуаций/психопатий (по А.Е. Личко) – истероидный, неустойчивый, возбудимый, циклоидный (депрессивный)</p> <p><i>Сохранение у родителей аномального стиля воспитания</i>, препятствующего развитию психологических новообразований данного возраста: авторитарного, гиперопекающего, отвержения отдельных качеств ребенка (его способностей, выбора учебы и профессии, объекта влюбленности, внешности и др.)</p> <p>«Кризис 40-летних» у родителей; их развод в подростковом возрасте ребенка</p> <p>Кризисы неразделенной любви («измена», «предательство») Кризисы предательства юношеской дружбы Кризисы отвержения классом, группой</p> <p><i>Нарушения развития личности на 5-м возрастном этапе как факторы риска:</i> Неуверенность во всех сферах жизнедеятельности и качествах своего «Я» с закреплением «комплекса неполноценности». Кризис разочарования в себе, неверия в себя, отвержения, «непонимания» себя (смешение идентичностей). Кризисы неспособности к самореализации, выбору образования и профессии. Экзистенциальные кризисы (кризисы смыслов жизни). Примитивное строение личности: неразвитость мотивационно-смысловой и нравственной сферы («зависание» в негативной фазе пубертата); слабые нравственные защиты от возникновения девиантного поведения (хулиганства, раннего начала половой жизни, промискуитета, группирования в асоциальных группах). Пропуск романтической/платонической стадии либидо, укорочение эротической стадии и быстрый переход к сексуальной стадии. Ведущий невроз – неврастения; ведущие акцентуации личности – астенические, возбудимые.</p> <p><i>Влияние на дальнейшее развитие личности:</i> Замедление социального развития личности: Слабость самосознания: неуверенность в себе, неустойчивая самооценка со склонностью к снижению в ответ на психогении; слабые (инфантильные) психологические защиты от стрессов, низкая переносимость стрессов. Более позднее начало профессионального образования и выбор профессии (в течение 6-го этапа или даже к его концу). Примитивное психосексуальное поведение («генитальный тип»), снижение потенциала образования семьи, отсутствие мотивации образованию своей</p>

<p><i>Другие признаки нормы:</i></p>	<p>семьи и в родительстве. Отсутствие у учебы, семьи и работы качества ведущей смыслообразующей деятельности. Аффективные расстройства: невротические, депрессивные (у девушек – с отвержением внешности, с анорексией) Другое:</p>
<p><b>6-й этап развития личности: «Ранняя зрелость». Годы жизни: 18/19 – 28-30 лет</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Выбор образования и профессии</b>, адекватных своим способностям, интересам, прошлых успешных деятельностей на 5-м этапе. Образование: полное среднее, техникум/колледж, вуз</li> <li>- <b>Адаптация в учебном и трудовом коллективе:</b> освоение навыков учебы, профессиональных навыков, традиций («конституции») коллектива социального статуса в нем и ролей</li> <li>- <b>Организация своего дела.</b></li> <li>- <b>Освоение поведенческих защит от потребления алкоголя</b>, если оно принято в учебной группе, в трудовом коллективе.</li> <li>- <b>Освоение зрелых психологических защит и coping-поведения от стрессов</b>, связанных с трудовой деятельностью.</li> <li>- <b>Автономизация от родителей:</b> дополнение отношений «ребенок-родитель» отношениями дружбы «на равных», сотрудничества, взаимопомощи; закрепление в самосознании структуры «я взрослый, я самостоятельный».</li> <li>- <b>Возникновение у большого потребности в создании собственной семьи</b> на основе реализации в ней достигнутой сексуальной стадии либидо и потребности в родительстве</li> <li>- <b>Позитивно протекающий добрачный период</b> с развитием основных психологических функций будущей семьи</li> <li>- <b>Принятие совместного решения об образовании семьи</b></li> </ul>	<p>Ошибка выбора образования и профессии из-за неверной (завышенной, заниженной) оценки своих способностей, давления родителей (навязывание профессии, препятствование потребности ребенка в реализации способностей), недостаточной обеспеченности семьи и др.</p> <p>Аномальное отношение родителей (с обеих сторон) к образованию семьи: отвержение брачного выбора, препятствование развитию отношений в добрачной паре и молодой семье; привязывание к себе финансами, жильем.</p> <p>Образование семьи в условиях отсутствия любви, социально-психологической готовности к браку; рождение детей при неготовности к родительству.</p> <p>Нарушения развития личности на 6-м этапе под влиянием факторов риска.</p> <p>Кризисы недостигнутой идентичности личности: разочарование в своем характере и способностях, в выборе профессии и работы, в брачном выборе, развивающимися отношениями в семье (включая сексуально-эротические), эмоциональное отвержение и аномальные стили воспитания родившегося ребенка.</p> <p>Ранние разводы – в адаптационном периоде брака, на этапе беременности или на первых этапах развития личности родившегося ребенка.</p> <p>Возникновение установок отвержения брака (в том числе повторного), себя в браке (с занижением самооценки в сфере «я женщина», «я мужчина»).</p> <p>Низкая сопротивляемость социальным стрессам</p> <p>Возникновение у ребенка, растущего в семье большого, неготовности к детскому саду, к школе</p> <p>Усвоение большим асоциальной, в т.ч. «алкогольной», субкультуры окружения</p> <p>Использование алкоголя для «компенсации» указанных кризисов развития</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Начальный адаптационный период брака</b> (от свадьбы до первой беременности) с успешным развитием базовых функций семьи, психологической адаптации пары и потребности в родительстве</li> <li>- <b>Активное формирование психологии материнства, отцовства</b> в период беременности</li> <li>- <b>Успешная активизация психологических новообразований</b>, какие у большого развивались на том же этапе (первом и втором), в какой вступает его ребенок</li> <li>- Успешное проживание собственного «кризиса 30-летних», завершающего данный этап развития, с подтверждением идентификации/целостности «Я»</li> </ul>	<p><i>Другие факторы риска:</i></p>

## Раздел VI

### Соматоневрологический статус пациента.

Соматоневрологическое обследование пациента проводится в соответствии с действующими стандартами оказания помощи по профилю «психиатрия-наркология» с

участием соответствующих специалистов и с применением лабораторных методов исследования.

Ниже, вслед за разделом VII «психический статус» приводится бланк исследования соматического, неврологического и психического статуса пациента с синдромом зависимости от алкоголя (алкоголизмом) для заполнения на персональном компьютере.

Специально подчеркнем, что данный бланк не относится к ситуации медицинского освидетельствования на состояние опьянения, а используется только при оформлении медицинской документации при обращении пациента за лечением или медицинской реабилитации.

В связи с высокой социальной и юридической значимостью диагноза наркомании разделы «соматоневрологический» и «психический» статус следует оформлять рукописным способом.

## **Раздел VII**

### **Психический статус пациента.**

При оформлении данного раздела следует использовать проведенный по Глоссарию анализ симптомов зависимости (потребности в алкоголе и влечения к нему, абстинентного синдрома, деградации личности и др.) – как они проявляются в наблюдаемом на приеме психическом состоянии больного и как осознаются им.

Регистрируются следующие аспекты психического состояния пациента.

Состояние сознания и ориентации во времени, в окружающей обстановке, жизненной ситуации, в себе.

Готовность к контакту с врачом и отношение к беседе.

Уровень развития интеллекта и речи (низкий, средний, высокий; сохранность или снижение).

Развитость способности к самоанализу и самоописаниям (интроспекции); полнота осознания (описания) больным явлений зависимости (из Глоссария) и истории их развития; критическое отношение к зависимости или наличие алкогольной анозогнозии (тогда – в чем она проявляется); описывается способность больного проанализировать историю развития своей жизни до и в процессе развития зависимости.

Эмоциональная/аффективная сфера: проявляемые при обследовании фобические, неврастенические, депрессивные и др. расстройства.

Сфера характера: проявляемые при обследовании нормативно выраженные черты, акцентуация характера (какого типа), психопатические (патохарактерологические) расстройства личности.

Поведенческая сфера и общение: описываются нормативные проявления в этих сферах; агрессивность, апатия (пассивность); для несовершеннолетних – указывается наличие или отсутствие подростковых поведенческих реакций.

Описываемые проявляемые при обследовании психологические защиты и стратегии копинг-поведения для преодоления стрессов и зависимости; владение способами саморегуляции.

Выявляемая степень развитости сферы деятельности: учебной, трудовой, хозяйственно-бытовой (в семье), хобби, творческого потенциала и др.

Выявляемое в обследовании влечение к алкоголю: реакции психосоматического и психомоторного оживления, вегетативные реакции, «система оправданий», «алкогольный юмор».

Выявляемые в обследовании ведущие ценности и смыслы личности во всех сферах жизни.

Мотивации обращения за помощью: внешние, внутренние; осознание прошлого опыта лечения/реабилитации, рецидивов и ремиссий.

**Бланк исследования соматического, неврологического и психического статуса  
больного с синдромом зависимости от алкоголя (алкоголизмом)**

Подчеркнуть выявленные у больного симптомы	Дополнительная характеристика выявленных симптомов (вписать, впечатать на ПК)
<b>Соматические статус</b>	
Боли при пальпации кишечника, желудка, печени, сухость и обложенность языка	
Кожные покровы: Чистые	
Следы в/в уколов: в локтевых сгибах, в области запястья и тыла кистей рук, в области голеностопного сустава и тыла стоп; в этих местах есть подкожные гематомы	
Келоидные рубцы в местах в/венных инъекций	
Гипергидроз	
<b>Лимфатические узлы:</b>	
Без особенностей	
Увеличены и/или при пальпации выявляется их болезненность:	
- в подмышечных впадинах	
- в шейно-воротниковой зоне	
- в других местах	
<b>Видимые слизистые оболочки:</b>	
Чистые, без особенностей	
Выявляются признаки воспаления (гиперемия, инъекцированность мелких сосудов склер, отеки, налеты) слизистых оболочек языка, боковых и/или задних поверхностей глотки, носа, конъюнктивы глаз, иктеричность склер	
<b>Внешний осмотр и ощупывание костей и суставов:</b>	
Кости и суставы без особенностей и без болезненности	
Болезненность суставов при пальпации: локтевых, плечевых, коленных, голеностопных, других	
<b>Внешний осмотр и пальпация поверхностно расположенных кровеносных сосудов:</b>	
Поверхностные кровеносные сосуды – без особенностей	
Уплотнение стенок кровеносных сосудов в местах типичного введения наркотиков: в локтевых сгибах, в области запястья и тыла кистей рук, в области голеностопного сустава и тыла стоп	
Облитерация поверхностно расположенных кровеносных сосудов в местах типичного введения наркотиков: в локтевых сгибах, в области запястья и тыла кистей рук, в области голеностопного сустава и тыла стоп	
<b>Аускультация органов дыхания:</b>	
Дыхание в легких везикулярное над всей их поверхностью	
Дыхание жесткое, с хрипами и/или ослабленное над (указать области)	
Дыхания ..... в 1 минуту	
<b>Сердечнососудистая система и магистральные</b>	

<b>сосуды:</b>	
Гиперемия кожных покровов	
Тоны сердца: Ясные, чистые, ритмичные	
Выявляется аритмия (указать тип)	
Есть шумы (описать тип и локализацию)	
Артериальное давление ...../.....	
Пульс ..... в 1 минуту	
<b>Неврологические статус</b>	
мелкий или крупноразмашистый тремор рук, нистагм, миоподпадание при пальценосовой, другие нарушения в пробах на координацию, атаксия при ходьбе, дизцефальные кризы, пароксизмальные расстройства	
Тремор рук: мелкий; крупноразмашистый	
Тремор головы	
Гиперрефлексия коленных, локтевых, ахилловых, лопаточных сухожилий, других	
Нистагм	
Миоподпадания при пальценосовой пробе	
Неустойчивость в позе Ромберга: простой, сенсублизированной	
<b>Психический статус</b>	
Спокоен, доступен продуктивному контакту в беседе и осмотре	
Все виды ориентации сохранены	
Готов к контакту с врачом и отношение к беседе	
Напряжен, скрытен, требует дополнительной мотивации на участие в обследовании	
<b>Выявляет первичное влечение к алкоголю (психическую зависимость от алкоголя):</b> - Психомоторное и речевое оживления при упоминании об алкоголе - Вегетативные реакции при упоминании алкоголя (гиперемия лица, слюнотечение) - Гипоманиакальное настроение при рассказах об употреблении алкоголя - Система оправданий употребления ПАВ, в том числе «легких» и других наркотиков - Протестные реакции и раздражительность при обсуждении лечения и трезвости - Лживость: отрицание потребления алкоголя вопреки объективным данным - Алкогольный юмор и фольклер - Система оправданий алкоголя - «Алкогольные» ассоциации при обсуждении других тем	
<b>Уровень развития интеллекта и речи:</b> низкий, средний, высокий; сохранность или снижение	
<b>Способность к самоанализу и самоописанию (интроспекции):</b> развита, снижена, отсутствует Осознание явлений зависимости: описывает большинство симптомов и историю их развития; описывает небольшую часть симптомов, не может описать симптомы, нет критического отношения к зависимости (алкогольная анозогнозия)	
<b>Аффективные расстройства:</b> фобические, неврастенические, депрессивные и др.	
<b>Характер:</b> выявляет норму, акцентуацию (указать - какую), психопатические (патохарактерологические) расстройства (указать - какие)	
<b>Поведенческая сфера и общение:</b> выявляет нормативные стратегии (сотрудничество,	



компромисс, приспособление), агрессивность, апатию (аспонтанность личности); для подростков – поведенческие реакции	
<b>Психологические защиты и копинг-поведения:</b> инфантильные, зрелые; применение – эффективное, неэффективное	
<b>Степень развитости сферы деятельности:</b> есть ведущие деятельности и хобби; отсутствуют	
Мотивация обращения за помощью: - внешняя (указать – какая) - внутренняя (указать – какая)	
<b>Выявляемые ценности и смыслы личности (по А. Маслоу):</b> - низкий уровень - средний уровень - высокий уровень (уровень самоактуализации)	
<b>Психотические расстройства:</b> - Делирий - Слуховой галлюциноз - Другие (указать – какие)	

## Раздел VIII

### Регистрация обследования больного в медицинской документации

Применяется два способа регистрации обследования в амбулаторной карте/истории болезни: письменная форма и регистрация на бланках.

#### 1. Письменная запись обследования.

В амбулаторной карте/истории болезни врач сначала записывает полное клиническое определение выявленного симптома зависимости по МКБ-10 (приведено в левом столбце глоссария симптомов алкоголизма – см. выше).

Далее врач обозначает симптом в клинической традиции отечественной наркологии (приведено в правом столбце глоссария симптомов алкоголизма – см. выше).

Наконец, врач приводит описания данного симптома самим больным, вплоть до его прямой речи в кавычках (см. разделы «Жалобы» и «Субъективный анамнез болезни»), и его родственниками (в разделе «Объективный анамнез»).

Именно регистрация в амбулаторной карте/истории болезни конкретных описаний симптома самим больным, его родственниками и по объективным данным является обоснованием наличия у больного данного симптома.

#### 2. Регистрация обследования на бланках.

При заполнении бланков на ПК в текстовом редакторе подчеркиваются выявленные симптомы и/или впечатываются их краткие описания на основе описаний больного, родственников, объективных данных (характеристик, документов).

Те разделы, которые остались незаполненными в связи с отсутствием указанных в них нарушений развития, можно удалить и оставить в бланке только те разделы, в которых отражены выявленные у больного нарушения развития личности и психики.

Бланки подписываются врачом и вклеиваются в амбулаторную карту/историю болезни.

## Раздел IX

### Данные психологической диагностики (тестирование)

По стандартам первичной специализированной медико-санитарной (амбулаторной) и специализированной медицинской помощи (стационарной) при синдроме зависимости

(приказы Минздрава РФ от 17.05.2016 № 299н и 302н) помощью медицинского психолога (консультация, тестирование) должны быть охвачены 90% больных.

Вместе с тем стандарты не предусматривают обязательный перечень применяемых психологических тестов. Соответственно, психологические тесты избираются адекватно поставленной задаче психологической диагностики расстройств личности при синдроме зависимости.

*Диагностика влечения к алкоголю проективными тестами*, активизирующими ассоциации; влечение к алкоголю проявляется в виде «алкогольных ассоциаций»: тест Незаконченных фраз; тест Юмористических фраз; РАТ (рисованный апперцептивный тест); цветовой тест отношений Эткинда (с предъявлением понятий-стимулов, связанных с алкоголем); Тест Руки, Тест самооценки Дембо-Рубинштейн; Тест «Несуществующее животное»; Тест «Нарисуй дерево».

*Диагностика эмоциональных расстройств*: Цветовой тест М. Люшера; Тест экстраверсии-нейротизма Г. и С. Айзенков; СМИЛ (ММРІ).

*Диагностика ценностей и смыслов*: тест ценностных ориентаций М. Рокича, Ш. Шварца.

*Диагностика самооценки*: Тест самооценки Дембо-Рубинштейн (для несовершеннолетних – в модификации Прихожан); Тест «Несуществующее животное»; Тест «Нарисуй дерево».

*Диагностика сферы общения*: Тест на стратегии поведения в кризисных ситуациях Томаса.

*Диагностика семейных отношений*: Рисунок семьи (классический); Кинетический рисунок семьи Бернса-Кауфмана; Тест Дом-дерево-человек.

*Диагностика нейропсихологических расстройств*: Корректирующая проба Бурдона; Тест Тулуз-Пьерона (диагностика СДВГ); запоминание 10 слов; Таблицы Шульте; прямой и обратный счет по Э. Крепелину.

*Диагностика абстрактно-логического мышления и интеллекта*: Исключение лишнего предмета; Тест Веклера (определение общего, вербального и невербального IQ) или его отдельные субтесты; пиктограмма по А.Р. Лурия, тест Айзенка.

В амбулаторные карты/истории болезни включаются протоколы медико-психологического исследования, включающие:

- описание отношение больного к медико-психологическому исследованию и реакция на него: нормативная («эргопатическая»), невротическая (астеническая с заниженной самооценкой, фобическая, истерическая, ипохондрическая и др.), психопатическая

- описание результатов психодиагностики;

- психологический диагноз;

- рекомендации медицинского психолога в совместную программы психотерапии/психокоррекции/реабилитации;

Медико-психологическое обследование подписывается врачом с датой ознакомления с ними.

## **Раздел X**

### **Данные лабораторных исследований**

Проводятся в соответствии со стандартами (приказы Минздрава РФ от 17.05.2016 № 299н и 302н и др.).

Бланки результатов лабораторных исследований подписываются врачом с датой ознакомления с ними.

В данный раздел амбулаторной карты/истории болезни вносятся те данные из лабораторных исследований, которые подтверждают наличие отклонений, специфических для больных алкоголизмом (превышение концентрации CDT, нарушения ферментов и белковообразовательной функции печени и др.).

## **Раздел XI**

### **Наркологический диагноз**

Диагноз алкоголизма по МКБ-10 включает в себя констатацию факта наличия синдрома зависимости (F10.2) и другие характеристики данного синдрома в различные моменты его развития (синдром отмены, синдром отмены с делирием, психотическое расстройство, амнестический синдром и др.), стадия, наличие осложнений.

Можно рекомендовать дополнить наркологический диагноз рядом медико-психологических параметров, важных для построения психотерапии, психокоррекции и медицинской реабилитации: семейный диагноз (структура, дисфункции, тип воспитания ребенка и др.); текущий возрастной кризис развития; наличие созависимых.

## **Раздел XII**

### **Варианты заключения врача-психиатра-нарколога в случаях отсутствия синдрома зависимости**

В случаях, когда нет оснований для постановки диагноза синдрома зависимости, но есть факты употребления ПАВ, врач должен оценить состояние больного и установить один из двух других диагнозов:

- Употребление ПАВ с пагубными последствиями – подлежит диспансерному наблюдению;
- Эпизодическое потребление ПАВ табака, алкоголя, наркотика (соответственно, Z72.0; Z72.1; Z72.2) – не подлежит диспансерному наблюдению, относится к группам риска.

### **Литература:**

1. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 944 с.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (МКБ 10 F10-F19) / под ред. Е.А. Брюна. – М.: Ассоциация наркологов России, 2014. – 337 с.
3. Брюн Е.А., Клименко Т.В., Кошкина Е.А. с соавт. Медицинская профилактика наркологических заболеваний: клинические рекомендации. – М.: ООО «Нью Терра», 2015. – 134 с.
4. Мотивационное консультирование наркологических больных: методические рекомендации. Составитель А.Л. Нелидов. Рецензент В.К. Тарасов. – Н.Новгород, 2013. – 29 с.