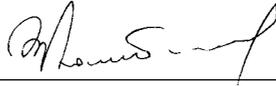


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра



В.В. Колбанов

25 ноября 2003 г.

Регистрационный № 85–0603

**МЕТОД ИДЕНТИФИКАЦИИ
СОЦИАЛЬНО–ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН
С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Витебский государственный медицинский университет

Авторы: канд. мед. наук А.А. Кирпиченко, д-р мед. наук, проф.
Е.И. Скугаревская

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия распространенность алкогольной зависимости среди женщин резко возросла. Определение количества женщин, страдающих алкогольной зависимостью, представляется сложной задачей вследствие отсутствия объективных критериев выявления пациенток. Известно, что женщины, как правило, скрывают свои «алкогольные проблемы». Однако эпидемиологические исследования, в последние десятилетия проведенные в России, показали рост женской алкогольной зависимости от 1:6 до 1:1 по сравнению с мужской. В Республике Беларусь на сегодняшний день на наркологическом учете состоит более 20 000 женщин. Отмечены быстрота развития алкогольной зависимости, трудность проводимой терапии, преобладание злокачественного течения заболевания, большая индуцируемость партнерами, поздняя обращаемость за помощью, искажение реальной картины заболевания и др.

Для улучшения результатов лечения данной категории больных нами предложен метод идентификации социально-психологических состояний у женщин с алкогольной зависимостью.

Показания к применению: данный метод рекомендуется для лечения женщин с алкогольной зависимостью II–III стадии заболевания.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

1. Форма «Клинико-социально-биографическое исследование» (табл. 1).

2. Компьютеризированные версии:

- теста Баса — Дарки;
- метода СМИЛ;
- теста Шмишека;
- теста Равенна;
- исследования качества жизни;
- теста Спилбергера — Ханина.

При отсутствии компьютера можно применять вышеперечисленные исследования в виде устного собеседования с последующей математической обработкой результатов.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

В основе метода лежит применение статистических, социальных, автобиографических и психологических исследований в дополнение к общепринятому клиническому обследованию женщин с алкогольной зависимостью.

Все исследуемые лица на основании клинического анализа и экспериментально-психологических исследований должны быть подразделены на три группы: 1) социально адаптированные; 2) асоциальные; 3) агрессивные. Это позволит быстро, дифференцированно, а следовательно более эффективно подходить к лечению женщин с алкогольной зависимостью.

Психиатр-нарколог в стационаре или амбулаторной сети для идентификации социально-психологического состояния женщины с алкогольной зависимостью может использовать описанные ниже методы (этапы). Определение количества методов (этапов) работы для определения социально-психологического состояния женщины зависит от квалификации врача, знания данной инструкции, яркости клинических проявлений пациентки. Большинство этапов может проводиться пациентками самостоятельно после предварительного инструктирования или с помощью среднего медперсонала.

Клинико-социально-биографическое исследование испытуемых

На первом этапе проводятся беседа с пациенткой, анализ анамнестических, субъективных и объективных сведений, а также клиническое обследование соматического состояния. Особое внимание уделяется жалобам пациенток, ее социальному окружению, уровню образования, профессии, семейному и алкогольному анамнезу, психопатологическому состоянию по специально составленной форме (табл. 1).

Оценивается микросоциально-психологический статус пациенток, склонность к асоциальным поступкам, противоправным действиям. Рассматриваются взаимоотношения на производстве (для работающих), с соседями, в семье. Детально изучается клиническая картина пациенток, склонность к асоциальным поступкам и агрессии. Данная форма как метод сбора фактов по специально составленной программе дает врачу возможность получить нужный материал для определения пациентки в одну из трех групп адаптации.

Таблица 1

Клинико-социально-биографическое исследование

Ф.И.О.						
№ медкарты	отделение №		палата №		Дата рождения	
Дата, время поступления					Дата выписки	
Кем направлена, кем доставлена, в связи с чем						
Поступила	первично	др.				
Диагноз при поступлении						
Диагноз при выписке						
Диагноз клинический						
Образование	сред- нее, классов	среднее специаль- ное	среднее техниче- ское	высшее		
Семейное положение	(не замужем, разведена, повторный брак, 3-й брак, вдова, вдова+сожитель, разведена+сожитель, сожитель, не замужем и живет одна)					
Муж алкоголик	да	нет		др.		
Дети	нет	1	2	3	4	больше 4
Наследственность психопатологически	не отягощена		отягощена _____			
Работает	да	нет	др. (состоит на бирже, временные заработки и т.п.)			
Квалификация	да	нет	обучается			
Смена работы	нет	да _____ раз				
Увольнения по статье	да	нет	_____ раз			
Приводы в РОВД	да	нет	_____ раз повод _____			
Вытрезвитель	да	нет	_____ раз			
Судимость	да	нет	_____ раз	№ статьи _____		
Лишение родительских прав						
Перенесенные соматические заболевания						
Соматические осложнения	нет	да _____				
Впервые употребила алкоголь	в _____ лет					
Начало заболевания	_____ лет назад					
Запой	до _____ дней			в форме постоянного пьянства		
Толерантность	_____ бутылок		возрас- тает	плато	снижается	
Снижение (утрата) контроля	ситуационного		количествен- ного		качественного	
Рвотный рефлекс	утрачен			не утрачен		
Амнезии при опьянении	отмечает около _____ лет			отрицает наличие		
Психозы в анамнезе						
Лечение ранее	да	нет	количество раз			
Виды лечения						

Окончание таблицы 1

Ремиссии	нет	до 6 мес.	до 1 года	больше 1 года	социальная адаптация
Проведение СПЭ	да	нет	_____ раз	повод	
Наличие агрессивного поведения	(описать при наличии)				

Контент-анализ

Под контент-анализом понимается сбор необходимой информации из специальной документации. Речь идет об изучении медицинской документации (историй болезни, амбулаторных карт), учебных и производственных характеристик, направлений районных психиатров. С их помощью можно проследить индивидуальное развитие каждой пациентки от рождения до момента обследования, а также особенностей асоциального поведения, агрессивности и других противоправных действий. Эти данные позволяют выделить ряд микросоциальных факторов, влияющих на процесс формирования алкогольной зависимости. С помощью контент-анализа можно установить динамику развития патологического процесса, особенности преморбидных свойств личности. Данные контент-анализа для врача — один из первых этапов (методов) отнесения женщин с алкогольной зависимостью к одной из трех групп социальной адаптации.

Стандартизированное многопрофильное исследование личности

Стандартизированное многопрофильное исследование личности (СМИЛ) является модифицированным вариантом многоаспектного личностного опросника ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), предложенного американскими психологами С. Хатуэем и Дж. Маккинли в 1940–1949 гг. (см. Собчик Л.Н. Посobie по применению психологической методики ММРІ. — М., 1971). В данной методике определены три оценочные шкалы (шкалы достоверности). Они дают информацию о надежности полученных результатов и позволяют определить отношение пациенток к процедуре обследования. Это шкалы L — лжи, F — достоверности (невалидности), К — коррекции. Имеются 10 базисных (основных)

диагностических шкал и 115 дополнительных (характеризующих склонность обследуемых к агрессии и алкоголизации). Интерпретация «профиля личности» осуществляется с помощью 10 основных (базисных) шкал.

Метод имеет хорошие предпосылки для использования электронно-вычислительной техники и основан на статистически достоверной математической базе.

При применении СМЛЛ обнаруживается склонность пациенток к индивидуалистичности, импульсивности, ригидности. Следует выявлять увеличение у женщин с алкогольной зависимостью базисных шкал: 4-й (импульсивности), свидетельствующей о наличии социальной дезадаптации (асоциальные лица), 10-й (интраверсии) наряду с увеличением оценочной шкалы F (невалидности) и показателей по шкале L (лжи), указывающих на поверхностную общительность и легковесность суждений. Подобный профиль личности получил название «код преступника» (группа женщин с агрессивными тенденциями) (Биженский В.С., Херсонский Б.Г.); сюда же относятся женщины с увеличенной 8-й шкалой (индивидуалистичность, шизофрения), связанной с изменением эмоционального фона, эгоизмом или эгоцентризмом, что обнаруживается у лиц с физической агрессией. При отсутствии у испытуемой в результате исследования по методу СМЛЛ превышения показателей шкал свыше 70-Т баллов пациентку следует отнести к группе социально адаптированных.

Исследование агрессивности по методу Баса — Дарки

Тест Баса — Дарки выявляет 8 форм агрессивных и враждебных реакций и состоит из 75 утверждений, на которые испытуемый дает ответы. В последующем компьютерным ключом подсчитываются индексы различных форм агрессивности и враждебных реакций.

Исследование агрессивного поведения женщин с алкогольной зависимостью по методу Баса — Дарки, как правило, выявляет у них выраженность всех видов агрессии. При показателе общей агрессивности менее 8 баллов женщину следует отнести к группе социально адаптированных пациенток; 8–12 баллов — асоциальные женщины; более 12 баллов — женщины с агрессивным поведением.

Исследование характерологических особенностей личности по методике Шмишека

Тест требует ответить на 88 вопросов, касающихся отдельных сторон качества и свойств личности испытуемой. При компьютерной обработке проводится подсчет определенных баллов, а не содержательный анализ пунктов теста и ответов испытуемых на них. При ответе на вопросы определяется показатель по каждому из видов акцентуации. Использование соответствующих коэффициентов делает эти показатели сопоставимыми. Максимальный показатель по каждому виду акцентуации — 24 балла. Признаком акцентуации является показатель, превышающий 12 баллов. Можно подсчитать и средний показатель акцентуации, равный частному от деления суммы всех показателей по отдельным видам акцентуации на 10. По результатам методики может быть составлен график, представляющий собой профиль личностной акцентуации.

По методике Шмишека определяют типы акцентуаций: гипертимный, застревающий, аффективно-лабильный, «сверхточной» личности, тревожный, циклотимный, демонстративный, возбудимый, дистимический и аффективно-экзальтированный.

При исследовании изменений личности у женщин с алкогольной зависимостью по методу Шмишека следует обнаруживать предрасположенность к аффективным и истероформным реакциям, как признак социально-экономического неблагополучия, семейных и производственных конфликтов.

Подсчет результатов исследования оценивается по трем видам.

- определение общего усредненного показателя для всех видов акцентуаций;
- определение показателя, превышающего 12 баллов (максимальный показатель 24 балла);
- определение среднего показателя акцентуации, равному частному от деления суммы всех показателей по отдельным видам акцентуаций на число обследованных.

Социально адаптированные при тестировании получают средний балл ниже 12; группа асоциальных лиц склонна к нарушениям социального поведения, связанных с алкогольной интоксикацией, из-за своей раздражительной слабости они не способны к длительным

асоциальным поступкам (12–14 баллов) Третья группа лиц склонна к агрессивному поведению с развитием физической или вербальной агрессии и при обследовании имеет показатели выше 12 баллов.

Исследование качества жизни

Для исследования качества жизни у пациенток с алкогольной зависимостью необходимо использовать методические рекомендации «Методика оценки качества жизни больных и инвалидов», утвержденные МЗ Республики Беларусь 11.05.2000 г. (регистрационный № 8–0001), разработанные НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации на основе методики определения качества жизни NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of Life. P.Y. Hugenholtz and R.A.M. Erdman, 1995).

Опросник состоит из 24 вопросов, включая определение 7 категорий качества жизни: физическая мобильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальные функции, познавательная функция, экономическое положение, интегральный показатель. Более высокий балл соответствует лучшему состоянию здоровья.

При анализе качества жизни у женщин с алкогольной зависимостью врач психиатр-нарколог обращает внимание на снижение функций по различным категориям, что без затруднений дает повод отнести пациентку к одной из трех групп социальной адаптации.

Исследование интеллекта и памяти по методу Равена

Для изучения интеллектуально-мнестических расстройств у женщин используются таблицы Равена (шкалы прогрессивных матриц). Учитывается, что при помощи теста Равена исследователи судят не только об интеллекте, но и о способности человека к планомерной систематизированной интеллектуальной деятельности. Тест состоит из 60 таблиц (5 серий). Обследуемому предлагается выполнить 60 заданий. Правильное решение каждого задания оценивается в 1 балл, затем подсчитывается общее число баллов по всем таблицам и по отдельным сериям. Суммарный показатель по специальной таблице переводится в процентный.

Различают 5 степеней интеллектуального уровня: 1-я степень (более 95%) — особо высокий интеллект; 2-я степень (75–94%) —

интеллект выше среднего; 3-я степень (25–74%) — средний интеллект; 4-я степень (5–24%) — интеллект ниже среднего; 5-я степень (ниже 5%) — интеллектуальный дефект. Получаемый в результате обследования результат учитывается при проведении лечения пациентки (1-2-3-я степени — социально адаптированные лица, 4-5-я степень — асоциальные и агрессивные).

Катамнестическое исследование

Катамнестический метод заключается в динамическом наблюдении за определенной категорией людей с целью установления возможностей изменения их клинического состояния. Определяется начало заболевания, количество ремиссий, длительность ремиссий, рецидивы заболевания, возможные причины срывов среди пациенток и наличие или отсутствие критического отношения к алкоголизации, степень выраженности анозогнозии. У врача психиатра, имеющего катамнестические данные о пациентке, не будет затруднений при идентификации социального статуса женщины с алкогольной зависимостью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, используя результаты вышеизложенных методов обследования, врачам-психиатрам, наркологам, семейным врачам и врачам общей практики, а также специалистам, занимающимся данным вопросом (психологам, юристам, работникам МВД и др.), имеющим дело с пациентками данного профиля, реально представляется возможным (а нами рекомендовано постоянно) подразделять пациенток с алкогольной зависимостью на три группы: 1) социально адаптированные (синтонные) женщины; 2) женщины с асоциальным (девиантным) поведением; 3) женщины с агрессивными тенденциями (делинквентные).

1. Так как социально адаптированные женщины длительное время не обращаются за медицинской помощью и направляются на лечение чаще под влиянием родственников или знакомых, то зависимость у них возникает исподволь, сравнительно поздно (45–50 лет) и прогрессирует медленно. Следовательно, такие пациентки нуждаются чаще всего в лечении в домашних или амбулаторных условиях, в дневном стационаре. Для них рекомендуется приме-

нение различных психотерапевтических методик, в частности семейной, групповой психотерапии и аутогенной тренировки. Обязательны для этих пациенток сохранение рабочего места или трудоустройство.

2. Женщины с асоциальным поведением обнаруживают стойкие признаки алкогольной зависимости. Заболевают в возрасте 40–45 лет и чаще совершают асоциальные поступки в этом возрасте. Их асоциальное поведение, как правило, носит вербальный характер и обычно не приводит к физическим воздействиям. Следовательно, данные лица должны привлекаться к амбулаторному или стационарному лечению под влиянием воздействия административных органов или по настоянию органов МВД. Из применяемых методов лечения в данном случае может быть рекомендована эмоционально-стрессовая терапия, лечение транквилизаторами или психотропными средствами в гиподозах с постоянным наблюдением участкового нарколога с привлечением работников МВД.

3. Женщины с агрессивными тенденциями, как правило, не устроены в семье, на производстве. Некоторые из них лишены родительских прав, привлекались к ответственности органами милиции, неоднократно судимы. Следовательно, они нуждаются в стационарном противоалкогольном лечении. Поступают в стационар по заявлению соседей или настоянию органов милиции. Лечение должны принимать в течение нескольких дней для купирования абстинентных явлений с последующим применением сенсibiliзирующих методов лечения, психотропных и транквилизирующих средств на фоне психотерапевтических приемов. Относительно высокий процент данных пациенток, уволенных с работы за пьянство и прогулы, говорит о необходимости создания реабилитационных центров (в том числе и лечебно-трудовых профилакториев) с предоставлением неработающим женщинам условий для труда, где одновременно проводилось бы профилактическое (поддерживающее) лечение.

Идентификация женщин, страдающих алкогольной зависимостью, по клиническому и социально-психологическому состоянию позволит получить непосредственный экономический эффект путем лечения пациенток с синтонным поведением в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара. Также экономиче-

ский эффект будет иметь место при дифференцированном подходе к лечению женщин с асоциальным поведением и агрессивными тенденциями. Полученный терапевтический эффект, в том числе и на базе реабилитационных центров и лечебно-трудовых профилакториев, будет способствовать оздоровлению социального статуса нашего общества. Следовательно, экономические процессы в области наркологии могут быть управляемы.

Возможные осложнения и ошибки: осложнений при применении данного метода не зарегистрировано.

Противопоказания к применению: идентификация социально-психологических состояний, являясь безопасным методом обследования, не имеет противопоказаний для применения.