

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

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

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ФЕНОМЕНА ОДИНОЧНОГО ПЬЯНСТВА**

Усовершенствованная медицинская технология

Санкт-Петербург

2007

**Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В.М.БЕХТЕРЕВА**

УТВЕРЖДАЮ

**Председатель Научного совета по
Наркологии №36 РАМН
Директор ФГУ
ЦНЦ наркологии Росздрава
Иван-корр. РАМН, проф.**



Н. Н. Иванец
«5» декабря 2006 г.

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ФЕНОМЕНА ОДИНОЧНОГО ПЬЯНСТВА**

Усовершенствованная медицинская технология

Санкт-Петербург

2006 г.

АННОТАЦИЯ

Данная медицинская технология описывает методы исследования и дифференцированного описания клинических и психологических характеристик больных алкогольной зависимостью, у которых имеет место феномен «одиночного пьянства» - употребление алкоголя преимущественно в одиночку. Помимо описания феноменологии одиночного пьянства, технология включает характеристики облигатного и факультативного вариантов одиночного пьянства. На основании выявленных клинико-психологических характеристик пациентов оценивается диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение отдельных вариантов одиночного пьянства.

Медицинская технология предназначена для психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников и всех специалистов, работающих с больными алкогольной зависимостью.

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

Авторы: усовершенствованная медицинская технология разработана руководителем отдела наркологии, доктором медицинских наук, профессором Е.М.Крупницким, руководителем отделения лечения больных алкоголизмом, доктором медицинских наук, профессором О.Ф.Ерышевым, младшим научным сотрудником Н.Н.Фроловой.

Рецензенты:

д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова Е.В.Снедков;

д.м.н., доцент кафедры наркологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования С.Ю.Калишевич.

Введение

Значительная распространенность алкогольной зависимости (АЗ), а также наличие у данного заболевания выраженных негативных социальных последствий, определяют важность разработки новых методов диагностики и лечения этого заболевания. Расширение научных представлений о биологических механизмах алкогольной зависимости, взаимосвязи с другими заболеваниями и особенностями преморбидной личности требует продолжения тщательного исследования отдельных вариантов ее клинических проявлений.

Одним из вариантов течения АЗ является одиночное пьянство (ОП), которое характеризуется специфическим, отличным от традиционного поведенческим стереотипом, связанным с ситуацией употребления алкоголя в одиночку, т.е. вне компании. По данным проведенных за рубежом популяционных исследований среди лиц, употребляющих алкоголь, одиночное пьянство распространено с частотой, в зависимости от региона, от 2 % (в Новой Зеландии) до 31 % (в Канаде)^{1,2}. Авторы описывают ОП как устойчивый феномен, встречающийся у тех представителей популяции, которые характеризуются достаточным социальным благополучием (имеют более высокий уровень образования, устойчивое трудоустройство, состоят в браке) и высокой актуальностью личностно-значимых мотивов употребления алкоголя, связанной с проблемами в коммуникативной сфере и в сфере самооценки. При этом осуществляется ОП преимущественно дома, после работы в форме регулярного употребления небольших количеств алкоголя в одиночку. В исследовании пациентов с АЗ, находящихся на стационарном лечении, распространенность ОП составила 37%³. В ряде работ описывается формирование ОП в случае сочетания АЗ с эндогенными процессуальными расстройствами или аффективными расстройствами преимущественно депрессивного характера⁴, а так же при «шизоидизации»⁵ личности больных в качестве одного из вариантов личностной динамики при АЗ. Кроме того,

¹ Martin C., Casswell S., Types of male drinkers: a multivariate study. J Stud Alcohol. 1987. Vol. 49 (3). P. 278 – 80.

² Demers A., Bourgault c., Changing society, changing drinking: solitary drinking as a non-pathological behavior. Addiction, 1996 91 (10): 1505 - 16.

³ Neve et al., Drinking careers of older male alcoholics in treatment as compared to younger alcoholics and to older social drinkers. J Stud Alcohol 1997, 58 (3): 303 – 11.

⁴ Binswanger K. Uber schizoide Alkoholiker. – Z. ges. Neurol. 1920. Bd 601. S. 127.

⁵ Жислин С.Г., Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. – М.: «Медицина», 1965. – с.

формирование ОП рассматривается как показатель более сохранной критики больных с АЗ к своему образу действия⁶. По мнению других авторов⁷ ОП является одним из признаков социальной дезадаптации и утраты моральных качеств личности при переходе к третьей стадии алкоголизма. Подробно описано ОП у женщин с АЗ, которое формируется под влиянием культуральных стереотипов отношения к пьющим женщинам⁸. Однако, подробные и систематизированные сведения о результатах изучения феномена одиночного пьянства у пациентов с клинически верифицированной АЗ, которые бы включали характеристики социального статуса и течения заболевания, взаимосвязь с другими психическими расстройствами, особенности психологического профиля, в зарубежной литературе отсутствуют.

Данная медицинская технология предлагает усовершенствованный метод выявления и описания клинико-психологических характеристик малоизученного клинического феномена – одиночного пьянства. Кроме того, предлагаются критерии, на основании которых можно выделить дифференцированные варианты ОП – облигатное и факультативное одиночное пьянство. Легко определяемые клинические и психологические характеристики больных с АЗ, используемые в данной технологии, позволяют оценить диагностическое, прогностическое и терапевтическое значение феномена одиночного пьянства и его отдельных вариантов.

Принцип комплексного подхода к лечению и реабилитации наркологических больных предусматривает индивидуальное соотношение различных методов терапевтического воздействия в зависимости от характеристик течения заболевания у конкретного больного. Наличие более детальных и систематизированных данных о клинико-психологических характеристиках феномена ОП может способствовать формированию индивидуального подхода к пациентам с данным вариантом АЗ и оптимизации комплексного лечения этого заболевания.

⁶Портнов А.А., Пятницкая И.И., Клиника алкоголизма. Л.: Медицина, 1973. – 368 с.

⁷Морозов Г.В., Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. – М., 1983.

⁸Гузилов Б.М., Мейроян А.А., Алкоголизм у женщин. – Л., 1988.

Формула медицинской технологии

Предлагаемый метод отличается от существующих тем, что включает в себя алгоритм выявления, описания и оценки часто встречающегося при алкогольной зависимости, но малоизученного клинического феномена – одиночного пьянства. Метод описывает критерии, на основании которых можно выделить облигатный или факультативный варианты ОП у больных с алкогольной зависимостью. Приведен перечень клинических характеристик и особенностей психологического профиля, по которым больные с различными вариантами ОП различаются между собой и по которым они отличаются от больных с традиционной – коллективной – формой пьянства. Представленные сведения используются для определения диагностической, прогностической и терапевтической значимости феномена ОП в целом и его отдельных вариантов.

Показания к использованию медицинской технологии:

1. Алкогольная зависимость, верифицированная в качестве основного заболевания в соответствии с критериями МКБ-10.

Противопоказания к использованию медицинской технологии:

1. Выраженные дефицитарные признаки эндогенного генеза;
2. Тяжелая энцефалопатия;
3. Слабоумие;
4. Тяжело протекающие сопутствующие соматические расстройства.

Материально-техническое обеспечение медицинской технологии

Для осуществления медицинской технологии специального материально-технического обеспечения не требуется.

Описание медицинской технологии

Критерии выделения «облигатного» и «факультативного» вариантов одиночного пьянства. Под одиночным пьянством следует понимать прием алкоголя в такой ситуации, когда другие лица (из числа знакомых с пациентом или известных ему) отсутствуют или сохраняют трезвость. Такие сведения можно получить в ходе опроса пациентов, их родственников, а так же по данным медицинской документации. При опросе следует учитывать, что в рамках одного случая опьянения употребление алкоголя в компании и в одиночку могут перемежаться или чередоваться. Например, в ходе опроса больной сообщает, что почти всегда употребляет алкоголь в компании, а при более тщательном опросе выясняется, что, после употребления незначительного количества алкоголя в ситуации коллективного пьянства он, как правило, на фоне утраты количественного контроля продолжает употребление алкоголя в одиночку. В других случаях больные начинают употребление алкоголя в одиночку – «для храбрости», после чего начинают поиски компании. Чаще всего больные скрывают факт ОП, особенно от родственников, которые часто все-таки могут определить его масштабы на основании оценки состояния больного, его финансовых затрат, найденной дома пустой тары, по сведениям от третьих лиц и т.п. Сбор объективных сведений о наличии и характеристиках ОП у больных с АЗ требует доверительного терапевтического контакта пациента с врачом или исследователем.

Данные опроса заносятся в специальную анкету, которая включает вопросы, касающиеся употребления алкоголя в одиночку: частота (относительно употребления алкоголя в компании), предпочтения, обстоятельства (Приложение 1). При разделении больных на группы используются следующие, выявленные в ходе клинического обследования, критерии:

1) показатель относительного объема ОП – отношение общего объема алкоголя употребляемого в одиночку, к общему объему всего употребляемого алкоголя, выраженное в процентах;

2) уровень субъективного предпочтения ОП коллективному, отражающий то, насколько часто ОП является не вынужденной, а выбранной сознательно, на основе субъективного предпочтения формой употребления алкоголя;

3) наличие у обследуемых осознанно дифференцированных и лично значимых мотивов употребления алкоголя, характерных именно для ОП, когда больные употребляют алкоголь в одиночку с определенной целью, которая, по их мнению, недостижима в ситуации коллективного употребления алкоголя.

Чаще всего такими мотивами являются:

- «избегающие» (стремление скрыться и «отдохнуть» от окружающих, «побыть наедине с собой»);
- «креативные» (желание повысить эффективность мышления, простимулировать воображение, «помечтать», «поразмислить» или «подумать о смысле жизни»);
- «псевдоэтические» (отторжение традиций, норм и стереотипов поведения, характерных для коллективного пьянства).

В группу пациентов с «облигатным одиночным пьянством» входят лица (Таблица 1), у которых употребление алкоголя в одиночку:

а) существенно преобладает над употреблением в коллективе (показатель относительного объема ОП составлял более 70%),

б) «часто» или «всегда» является предпочтительным в сравнении с коллективным употреблением,

в) характеризуется наличием свойственных именно для ОП мотивов употребления алкоголя. Однако если обследуемые больные затрудняются дифференцировать мотивы для одиночной формы употребления алкоголя, но показатель относительного объема ОП у них составлял более 90 %, то они тоже включались в группу облигатного ОП.

В группу пациентов с «факультативным одиночным пьянством» входят пациенты (Таблица 1), которые более половины употребляемого алкоголя выпивают в одиночку, но по описанным выше критериям не могли быть включены в группу пациентов с облигатным ОП. Например, показатель относительного объема ОП может быть высоким, но отсутствуют специфические мотивы и/или субъективное предпочтение. В данном случае частота ОП обуславливается не предпочтением пациентов, а внешними обстоятельствами – социальными или бытовыми.

Больные, у которых одиночная форма употребления алкоголя имеет место значительно реже, чем коллективная (показатель относительного объема ОП составлял менее 30%), а субъективное предпочтение одиночного пьянства отсутствует или возникает редко, включаются в группу «коллективного пьянства» (табл. 1). Больные, у которых доля ОП попадает в диапазон 30 – 50% нельзя отнести ни к коллективно пьющим, ни к одной из групп пьющих преимущественно в одиночку. Среди стационарных пациентов с АЗ такие больные встречаются крайне редко и в рамках данной медицинской технологии не описываются.

Таблица 1

Характеристики групп исследования

	Критерии разделения на группы		
	1 Относительный объем ОП	2 Частота предпочтения ОП	3 Специфические для ОП мотивы
Облигатное ОП	Более 70 %	«Всегда» или «часто»	Имеют место
Факультативное ОП	Более 50 %	«Часто» или «иногда» или «никогда»	Могут быть, но чаще нет
Коллективное пьянство	Менее 30 %	«иногда» или «никогда»	Отсутствуют

Основные характеристики и проявления феномена одиночного пьянства и его вариантов. У пациентов с факультативным ОП первичный опыт ОП имеет место незадолго до формирования АЗ – как вариант «пробного опохмеления». А у больных с облигатным ОП он предшествует формированию зависимости более чем на два года и играет роль своеобразного способа совладания с различного рода жизненными проблемами. У пациентов с облигатным ОП переход к преимущественно одиночному пьянству происходит в более раннем возрасте, а длительность АЗ к моменту такого перехода короче, чем при факультативном ОП. У ряда пациентов с облигатным ОП устойчивое предпочтение ОП возникает еще до момента окончательного формирования алкогольного абстинентного синдрома. Среди пациентов с обоими вариантами ОП большинство предпочитает одиночное опохмеление коллективному. У пациентов и с облигатным, и с факультативным ОП почти в половине случаев в анамнезе имеет место очерченный абюзус в форме ОП на фоне психотравмирующей ситуации.

Среди пациентов с облигатным ОП чаще, чем среди пациентов с коллективным пьянством встречается употребление алкоголя дома, тайком от членов семьи. Пациенты с ОП, особенно с его облигатным вариантом, часто сообщают, что алкоголизируются в одиночку на буднях, тогда как пациенты с преимущественно коллективным пьянством – по выходным. В ходе опроса пациенты с ОП отмечают, что избегают алкоголизироваться в выходные дни в связи с ограничивающим влиянием близких родственников, а так же в связи с тем, что по выходным отсутствует мотив алкоголизации с целью релаксации после напряженного рабочего дня. Одиночное употребление алкоголя после завершения работы рассматривается ими как вариант «досуга». Пациенты с коллективным пьянством сообщают, что употребляют алкоголь в одиночку по выходным скорее вынужденно, в связи с трудностями поиска подходящей компании для опохмеления.

Среди упоминаемых пациентами при интервьюировании мотивов ОП среди больных с облигатным ОП чаще, в сравнении с больными с

коллективным пьянством, встречаются атарактические мотивы, т.е. употребление алкоголя с целью коррекции неприятных эмоциональных переживаний, редукации тревоги, напряжения, раздражения. Больные сообщают, что выпивают в одиночку, чтобы «снять усталость», расслабиться, успокоиться, «заглушить проблемы», «забыть неприятности» и «не заикливаться на неудачах». У больных с факультативным ОП преобладают собственно аддиктивные мотивы алкоголизации, когда выраженное патологическое влечение к алкоголю возникает в условиях, затрудняющих поиск компании или сочетается со стремлением скрыть факт зависимости от окружающих. Следует отметить, что атарактические мотивы употребления в этой группе также имеют существенную выраженность. У пациентов с КП преобладают похмельные мотивы алкоголизации в одиночку. Кроме того, среди пациентов с облигатным ОП чаще, в сравнении с остальными группами, встречаются гиперактивизирующие мотивы употребления (стремление преодолеть вялость и апатию, повысить жизненный тонус, умственную или физическую работоспособность), а так же три другие специфические группы мотивов: «избегающие» (стремление скрыться и «отдохнуть» от окружающих, «побыть наедине с собой»), «креативные» (желание повысить эффективность мышления, простимулировать воображение, «помечтать», «поразмыслить» или «подумать о смысле жизни») и «псевдоэтические» (отторжение традиций, норм и стереотипов поведения, характерных для коллективного пьянства).

Пациенты с облигатным ОП чаще, чем пациенты с коллективным пьянством, причину ОП видят в своеобразии характера пьющего. Пациенты с коллективным пьянством чаще, чем пациенты с облигатным ОП, относят ОП к признакам тяжело протекающей АЗ с проявлениям утраты контроля и моральных качеств личности.

При объяснении причин популярности коллективной формы употребления алкоголя пациенты с преобладанием КП чаще, чем при ОП, ссылаются на потребность в общении, возникающую в состоянии опьянения. Больные с факультативным ОП несколько чаще, чем больные с коллективным

пьянством, и гораздо чаще, чем больные с облигатным ОП, указывают на «веселье», как на причину популярности КП (имеется в виду феномен групповой индукции эйфоризирующего эффекта алкоголя). Пациенты с облигатным ОП несколько чаще, чем пациенты двух других групп, упоминают такие причины коллективного пьянства, как следование традициям, стремление к положительной эмоциональной оценке со стороны коллектива, желание снизить уровень личной ответственности и чувства вины за факт опьянения и свойственные ему поведенческие паттерны. Кроме того, у пациентов с облигатным ОП чаще, чем у пациентов с факультативным ОП и коллективным пьянством, встречаются ответы, которые трудно поддаются группировке и систематизации. Например такие ответы как: «у них (пьющих в компании) нет индивидуальности», «приходят в компанию выпить задаром», «им нечем заняться», «они не нашли себя» и т.п.

У пациентов с ОП тенденция к употреблению алкоголя в одиночку как вариант пробного опохмеления или способа совладания со стрессовыми ситуациями проявляется на более ранних, чем у пациентов с коллективным пьянством, этапах формирования АЗ. Больные с ОП в меньшей степени ориентированы на общение как свойство наделяющее коллективное пьянство привлекательностью. В то же время, пациенты с факультативным ОП сохраняют способность и стремление индуцироваться эйфорическим настроением участников пьющего коллектива. При облигатном варианте ОП больные предпочитают употреблять алкоголь после рабочего дня, дома, тайком от членов семьи. Они связывают свое предпочтение ОП с особенностями характера, что свидетельствует о личностной значимости, эгосинтонности данной формы употребления алкоголя. Мотивы ОП у пациентов с облигатным ОП отражают характер клинически актуальных для них поведенческих и аффективных нарушений. А что касается коллективного пьянства, то пациенты с облигатным ОП затрудняются выделить эмоционально привлекательные свойства данной традиционной формы употребления алкоголя.

Клинические и социально-демографические характеристики пациентов. Клинические и социально-демографические сведения о пациентах, собранные путем интервьюирования и оценки медицинской документации, включают информацию об уровне образования, характере трудоустройства, семейном положении, длительности и характере течения заболевания, форме пьянства, предыдущих обращениях за наркологической помощью, длительности ремиссий в анамнезе, поведении пациентов в стационаре в ходе текущей госпитализации, характере проводимой терапии.

Больные с преобладанием ОП, особенно факультативного ОП, старше по возрасту больных с коллективным пьянством. Уровень образования в группе пациентов с ОП, особенно с облигатным вариантом ОП, выше, чем среди пациентов с коллективным пьянством. Пациенты с облигатным ОП чаще состоят в браке, чем пациенты остальных групп, что свидетельствует в пользу большего социального благополучия пациентов этой группы.

Пациенты исследуемых групп по возрасту формирования АЗ и длительности заболевания не отличаются. Среди пациентов с ОП, особенно с его облигатным вариантом, чаще встречается постоянная или перемежающаяся форма пьянства, тогда как при коллективном пьянстве – запойная. Наиболее прогрессивное течение АЗ (оцениваемое по срокам формирования основных симптомов АЗ) прослеживается в группе пациентов с облигатным ОП, а наименее прогрессивное – в группе пациентов с факультативным ОП, у больных с КП показатели прогрессивности течения АЗ занимают промежуточное положение. Среди пациентов с ОП, и, в особенности, среди пациентов с облигатным ОП, существенно чаще, чем при коллективном пьянстве, наблюдается сочетание АЗ с другими психическими расстройствами (оцениваемыми по критериям МКБ-10).

Что касается структуры коморбидности, то при облигатном ОП, особенно в сравнении с коллективным пьянством, чаще имеет место коморбидность АЗ с психическими расстройствами эндогенно-процессуального характера (Приложение 2). Среди отдельных нозологических единиц, входящих в эту

группу психических расстройств, при облигатном ОП чаще, чем при факультативном ОП и гораздо чаще, чем при коллективном пьянстве, встречается шизотипическое расстройство. У пациентов с облигатным вариантом ОП шизотипическое расстройство чаще протекает с преобладанием аффективной и поведенческой симптоматики: эмоциональной холодности, конфликтности, эксцентричности, склонности к эпатажу и к противопоставлению себя окружающим. По мере формирования и течения АЗ эти характеристики усиливаются, и часто наибольшее выражение они находят в состоянии острой интоксикации, что приводит к формированию атипичной картины опьянения с проявлениями, помимо указанным расстройств, гипомании, агрессивности, параноидной настроенности). У большинства больных с облигатным ОП, в случае сочетания АЗ с шизотипическим расстройством, на пике интоксикации или в остром абстинентном периоде отмечаются транзиторные психотические явления или очерченные психотические эпизоды, не типичные для алкогольных психозов. Указанные психопатологические черты алкогольного опьянения часто, по признанию больных, являлись одной из причин предпочтения ОП. В подостром абстинентном периоде и в периоде спонтанных и терапевтических ремиссий на первый план у таких больных начинают выходить аффективные расстройства астено-апатического круга с включением депрессивных переживаний, а так же апато-абулические расстройства различной степени интенсивности.

При обоих вариантах ОП чаще, чем при коллективном пьянстве, отмечается сочетание АЗ с группой психических расстройств, в которую входят отдельные варианты расстройств личности (Приложение 2). При облигатном ОП чаще встречается сочетание АЗ с шизоидным расстройством личности и пограничным вариантом эмоционально неустойчивого расстройства личности. При факультативном ОП несколько чаще, чем при коллективном пьянстве, имеет место сочетание АЗ с импульсивным вариантом эмоционально неустойчивого расстройства личности, истерическим и шизоидным расстройствами личности, однако в данном случае различия не достигают

уровня статистической достоверности и существуют лишь на уровне тенденции. Органические расстройства несколько чаще встречаются при обоих вариантах ОП. Кроме того, при облигатном ОП достоверно чаще, чем при КП, встречается органическое аффективное расстройство. Высокий уровень коморбидности АЗ с другими психическими расстройствами среди пациентов с облигатным ОП объясняет более короткие сроки формирования основных симптомов АЗ у больных этой группы.

Случаи нарушения режима трезвости в ходе стационарного лечения чаще всего встречаются среди больных с факультативным ОП и реже всего встречаются среди больных с коллективным пьянством. Количество назначенных пациентам во время пребывания в стационаре психотропных препаратов при обоих вариантах ОП превышает соответствующее количество для больных с коллективным пьянством. Это различие является связанным с более частым назначением нейролептиков пациентам с преобладанием ОП, а так же антидепрессантов в случае облигатного ОП и нормотимиков в случае факультативного ОП.

У больных с факультативным ОП средняя суммарная длительность ремиссии в течение года уступает соответствующему показателю для больных с коллективным пьянством, а среди пациентов с облигатным ОП этот показатель, по отношению к вышеназванным группам, занимает промежуточное положение. Длительность ремиссии с момента обследования и до первого развернутого абзуса в трех группах исследования различается не существенно. Однако, в группе пациентов с облигатным ОП этот срок несколько превышает соответствующий показатель в группе пациентов с факультативным ОП. Среднее количество повторных обращений за наркологической помощью в течение года наблюдения среди пациентов с облигатным ОП существенно меньше, чем среди пациентов с коллективным пьянством.

Таким образом, пациенты с ОП алкоголизируются чаще и в меньшей степени способны к длительной абстиненции. Для них так же характерно

сочетание АЗ с другими психическими расстройствами, а в абстинентном периоде они чаще нуждаются в назначении психофармакопрепаратов, направленных на коррекцию тревоги, упорядочивание мышления и поведения, в частности, нейролептиков. Пациенты с облигатным ОП в клиническом плане характеризуются более короткими сроками формирования основных симптомов АЗ, большей актуальностью поведенческих и аффективных (в половине случаев – депрессивных) расстройств, дополняющих клиническую картину АЗ. Однако указанные характеристики больных с облигатным вариантом ОП не сказываются на уровне социального благополучия и сочетаются с относительно более длительными сроками ремиссии. Более частое обращение за консультативной помощью после выписки из стационара и более высокий уровень комплайенса в отношении поддерживающей психофармакотерапии, подобранной с учетом характера коморбидных АЗ психических нарушений, могут повысить длительность и качество ремиссий АЗ у пациентов этой группы. Больные с факультативным вариантом ОП отличаются большей выраженностью проявлений аффективной неустойчивости (о чем свидетельствует частота назначения нормотимических препаратов) и более частыми рецидивами пьянства, а следовательно так же нуждаются в тщательно подобранной противорецидивной фармако- и психотерапии.

Психологические характеристики пациентов. В ходе психологического обследования целесообразно использовать следующие методики:

- 16-ти факторный личностный опросник Кеттелла, форма В⁹;
- Опросник Т.Лири для исследования типов межличностных отношений¹⁰;
- Шкала Мотивации потребления алкоголя¹¹;

⁹ Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р.Кеттелла. – СПб.: «Речь», 2001. – 112 с.

¹⁰ Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений. Мет. руководство. – М., 1990. – 48 с.

- Личностный дифференциал¹² по отношению к таким стимульным понятиям, как «состояние опьянения в компании», «состояние опьянения в одиночку», «состояние абстиненции»;
- Модифицированный вариант методики Цветовой тест отношений¹³ с использованием как стандартных, так и тематических стимулов – «слабые алкогольные напитки», «крепкие алкогольные напитки», «легкое алкогольное опьянение», «сильное алкогольное опьянение», «состояние абстиненции», «состояние опьянения в компании» и «состояние опьянения в одиночку».

По данным опросника Кеттелла пациенты с преобладанием ОП в целом отличаются от пациентов с преобладанием КП более высоким развитием абстрактного мышления и уровня общей культуры (фактор В). Пациенты с облигатным ОП, в сравнении с пациентами с коллективным пьянством, характеризуются более высокими уровнями эмоциональной нестабильности, тревожности, напряженности и интроверсии (факторы С, О, Q4 и Q I), а так же более низким уровнем выраженности таких черт как жесткость, практичность (фактор I) и высокая нормативность поведения (фактор G). Кроме того, пациенты с преобладанием облигатного ОП отличаются большей выраженностью таких черт как замкнутость, робость, тревожность (факторы А, Н и QII), выраженным неконформизмом (фактор Q2) и отсутствием высокого уровня самоконтроля (фактор Q3).

По данным опросника Тимоти Лири среди пациентов с ОП отмечается высокий уровень выраженности такого типа межличностных отношений, как недоверчиво-скептический (IV октант). Более высокие оценки по этому октанту, не достигающие уровня акцентуации, свидетельствуют о склонности к реалистичности, скептицизму и неконформному поведению у пациентов. Кроме того, для больных с преобладанием облигатного ОП, в сравнении с пациентами

¹¹ Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. – Новосибирск: Наука. Сиб. отделение, 1988. – 198 с.

¹² Бажин Е.Ф., Эткинд А.М., Личностный дифференциал. – Л., 1983 – 20 с.

¹³ Бажин Е.Ф., Эткинд А.М. Цветовой тест отношений. – Л., 1985. – 20 с.

с факультативным ОП, менее свойственен сотрудничающий конвенциональный тип межличностных отношений, который проявляется в дружелюбии и стремлении к сотрудничеству с группой.

По данным методики «Личностный дифференциал» пациенты с облигатным ОП, в сравнении с пациентами других групп, менее высоко оценивают свое субъективное состояние в ситуации коллективного пьянства. Им свойственен более низкий суммарный балл и значения по факторам «Оценка» и «Активность» при оценке стимула «Состояние опьянения в компании». В беседе пациенты с облигатным ОП часто сообщают, что типичная для алкогольной компании эмоциональная насыщенность и интенсивность коммуникаций вызывает у них скорее раздражение и усиление напряжения, взамен ожидаемых эйфории и релаксации.

При выполнении методики Цветовой тест отношений больные с одиночным вариантом пьянства при оценке понятий «детство» (в группе облигатного ОП) и «родительская семья» (в группах и облигатного, и факультативного ОП) отводят им достоверно более низкое ранговое место, чем больные с коллективным вариантом пьянства. «Родительскую семью» в данном случае можно рассматривать как первичную для индивида социальную группу или как объект эмоциональной привязанности, а «детство» можно рассматривать как период наиболее активного эмоционального развития и социализации. Невысокая значимость данных понятий, выявляемая на невербальном, в большей степени неосознаваемом уровне, является одним из проявлений специфики конституционального склада, а так же определяет поведение зрелой личности, создавать условия для формирования таких свойств как самодостаточность, нонконформизм и является одной из причин эмоциональной неустойчивости. Пациенты с облигатным ОП, в сравнении с пациентами с коллективным пьянством, на невербальном уровне более высоко оценивают понятие «одиночное пьянство», что так же свидетельствует в пользу высокой личностной значимости процесса употребления алкоголя в одиночку для пациентов этой группы.

Сравнение отношения больных к таким понятиям, как «состояние трезвости», «коллективное пьянство», «одиночное пьянство» с использованием вербальных (Личностный дифференциал) и невербальных (Цветовой тест отношений) процедур оценки выявляет тот факт, что пациенты в группе коллективного пьянства, в отличие от больных других групп, на вербальном уровне оценивают понятия «состояние трезвости» и «коллективное пьянство» достоверно выше, чем на невербальном. Данный феномен, свидетельствующий об активности механизмов вытеснения, является связанным с такими психологическими особенностями пациентов с коллективным пьянством как высокий уровень самоконтроля и высокая нормативность поведения. В то время как у пациентов с ОП в целом различия между невербальными и вербальными оценками данных понятий не проявляются, что свидетельствует в пользу более адекватной рефлексии у таких больных.

При выполнении методики «Мотивация потребления алкоголя» (разработанной В.Ю. Завьяловым) пациентами с облигатным ОП, в сравнении с пациентами с коллективным пьянством, выявляется меньшая выраженность традиционных и большая выраженность атарактических мотивов потребления алкоголя (употребление алкоголя с целью коррекции эмоциональных расстройств). Кроме того, при облигатном ОП, в сравнении с пациентами других групп, были достоверно ниже выражены субмиссивные мотивы потребления алкоголя (употребление алкоголя под воздействием влияния референтной группы, «за компанию»). При объединении отдельных мотивов употребления алкоголя в предложенные автором методики группы (социально-психологические, личностно-психологические и патологические) и последующем сравнении актуальности этих групп мотивов у пациентов обнаруживается, что в группе облигатного ОП, в сравнении с остальными группами, социально-психологические мотивы потребления алкоголя являются менее выраженными. По выраженности личностно-значимых и патологических мотивов потребления пациенты с облигатным ОП от пациентов других групп существенно не отличаются.

У пациентов с ОП высокий, в сравнении с пациентами с коллективным пьянством, уровень интеллекта и общей культуры с учетом построения данной шкалы опросника Кеттелла является связанным с более высоким уровнем образования у пациентов. Общей для больных с ОП психологической характеристикой является и выраженность недоверчиво-скептического типа межличностных отношений. При этом для пациентов с факультативным ОП характерно сочетание определенного уровня неконформности и скептицизма с дружелюбием и стремлением к сотрудничеству с группой, что свидетельствует об актуальности внутреннего психологического конфликта в личностно-коммуникативной сфере.

Таким образом, для пациентов с облигатным ОП характерна выраженная специфичность психологического профиля, включающая в себя особенности различных сфер личности: аффективной (тревожность, эмоциональная нестабильность, напряженность), коммуникативной (замкнутость, робость, ранимость) и поведенческой (нонконформизм, более низкий уровень самоконтроля и нормативности поведения). Своеобразие эмоциональной и коммуникативной сфер у пациентов с ОП проявляется уже в детском возрасте, что свидетельствует в пользу того, что вышеописанные психологические характеристики имеют преимущественно конституциональную природу. В последующем такие индивидуально-психологические характеристики проявляются в рамках психических расстройств эндогенной природы (шизоидное расстройство личности и пограничный вариант эмоционально неустойчивого расстройства личности, шизотипическое расстройство) и/или в своеобразии течения экзогенно обусловленных психических нарушений (органического расстройства, АЗ).

Социально-психологические характеристики пациентов с преобладанием ОП предполагают, что при проведении психотерапевтических мероприятий в случае облигатного ОП особое значение приобретает установление доверительного терапевтического контакта с врачом и семейное консультирование. Тогда как при факультативном ОП в противорецидивной

терапии существенное место, наряду с психофармакотерапией, должны занимать групповые формы психотерапевтической работы и социально-реабилитационные мероприятия.

Общие характеристики пациентов с ОП и с его отдельными вариантами. Феномен ОП формируется под влиянием специфического сочетания клинических и психологических характеристик пациентов с АЗ. К таким характеристикам относятся: наличие аффективных и поведенческих нарушений, которые более чем в половине случаев достигают уровня психических расстройств, выходящих за рамки АЗ, высокий уровень образования, интеллекта, склонность к рефлексии, осторожность и скептицизм в межличностных отношениях. При этом облигатная и факультативная формы ОП, имеют дифференцированные клинические и клинико-психологические признаки, а так же различную диагностическую и прогностическую значимость.

При облигатном ОП в основе формирования субъективного предпочтения ОП лежат стойкие трудности адаптации данных больных с АЗ к традициям и обстановке коллективного пьянства. Данный вариант ОП указывает на выраженную специфичность личностного склада пациентов (с преобладанием шизоидных черт), наличие аффективных и поведенческих нарушений, протекающих в рамках коморбидных АЗ психических расстройств. У пациентов с облигатным ОП своеобразие эмоционального реагирования, а так же процессов межличностного восприятия и взаимодействия приводит к тому, что характерные для остальных групп пациентов социально-психологические мотивы употребления алкоголя теряют свою актуальность, в то время как высокую актуальность приобретает употребление алкоголя для коррекции эмоционального состояния (атарактическая мотивация). Под влиянием этих механизмов по мере формирования и развития АЗ, а так же течения коморбидных психических расстройств, у пациентов этой группы происходит

переход к преимущественно одиночному употреблению алкоголя. Определенную роль в этом процессе играют и социальные факторы (уровень образования, семейное положение). Для таких больных ОП становится эффективным способом снизить эмоциональный дискомфорт, повысить когнитивную продуктивность. Употребление алкоголя в одиночку при облигатном ОП часто принимает форму специфического ритуала, имеющего целью совладание с различного рода проявлениями дезадаптации и, за счет этого приобретает особую личностную значимость. Пациенты с облигатным ОП часто сообщают, что типичная для алкогольной компании эмоциональная насыщенность и интенсивность коммуникаций вызывает у них скорее раздражение и усиление напряжения, взамен ожидаемых эйфории и релаксации. В подтверждение этому, в одном из популяционных исследований были получены данные о том, что число и негативных, и позитивных переживаний, связанных с ситуацией употребления алкоголя в частной или в интимной обстановке меньше, чем в случае, когда употребление происходит в большом коллективе или в публичной обстановке¹⁴. Эта закономерность является для замкнутых, недоверчивых и тревожных индивидов важным доводом в пользу предпочтения одиночного пьянства коллективному. Для пациентов с облигатным ОП, в сравнении с пациентами с факультативным ОП, прогноз течения раннего периода ремиссии АЗ представляется более благоприятным.

При факультативном ОП затруднения адаптации пациентов к коллективной форме пьянства носят ситуативный характер и связаны с динамикой имеющихся эмоциональных и поведенческих нарушений, которые, в сравнении с пациентами с облигатным ОП, чаще имеют вторичную природу, т.е. являются клиническими проявлениями АЗ. У пациентов этой группы в структуре личностного склада имеют место противоречивые тенденции. С одной стороны они склонны к недоверчивости, подозрительности,

¹⁴ Mustonen H., Makela K., Relationship between characteristics of drinking occasions and negative and positive experiences related to drinking. Drug Alcohol Depend. 1999, Aug 2; 56 (1): 79 – 84.

критичности, а с другой стороны проявляют стремление к сотрудничеству с группой. В основе данного противоречия лежат как конституциональные факторы, которые проявляются в высокой, относительно пациентов с коллективным пьянством, частоте коморбидной АЗ психической патологии, так и особенности семейного воспитания. Под влиянием вышеописанных механизмов у больных с факультативным вариантом ОП происходит формирование внутриличностного психологического конфликта, что определяет частичные затруднения адаптации пациентов данной группы в пьющем коллективе. Усиливающаяся по мере развития АЗ актуальность патологического влечения к алкоголю вынуждает их к употреблению алкоголя в одиночку.

Пациенты с облигатным и факультативным вариантами ОП в псотабстинентном периоде и в ходе становления ремиссии нуждаются в поддерживающей психофармакотерапии, подобранной с учетом характера и выраженности аффективных и поведенческих нарушений. При осуществлении немедикаментозного воздействия на пациентов в случае облигатного ОП ведущее значение следует придавать индивидуальной и семейной психотерапии, а при факультативном ОП – групповой психотерапии и социально-реабилитационным мероприятиям.

Возможные осложнения при использовании медицинской технологии и способы их устранения

Данная медицинская технология не предусматривает развития осложнений.

Эффективность использования медицинской технологии

Данная медицинская технология основана на результатах исследования 226 больных. Все обследуемые были мужчины, проходящие стационарное лечение по поводу АЗ в отделении лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М.Бехтерева и в Ленинградском областном наркологическом диспансере (ЛОНД). Обследование всех пациентов проводилось в течение пребывания в стационаре вне острого периода абстиненции.

Возраст обследованных пациентов (226 человек) находился в диапазоне от 16 до 67 лет, средний возраст составил $40 \pm 0,95$ лет. Длительность АЗ находилась в диапазоне от 1 года до 30 лет, и в среднем составила $10 \pm 0,61$ лет. Среди пациентов данной выборки чаще встречалась запойная форма пьянства (52,6%), а так же мало- или умеренно прогрессивное течение заболевания (57,8%). Сочетание АЗ с коморбидными психическими расстройствами имело место у 55,1% пациентов данной выборки, а клинические или лабораторные признаки различных проявлений органического поражения головного мозга – у 43,8%. Выявленные у пациентов коморбидные АЗ психические нарушения включали следующие нозологические группы: органические расстройства, расстройства эндогенно-процессуального спектра, аффективные расстройства, расстройства личности и героиновою зависимость в состоянии полной ремиссии (Приложение 2).

Среди всех больных, охваченных исследованием, 5% сообщили, что никогда не употребляли алкоголь в одиночку, а 87% ответили, что ОП имело место, с той или иной частотой, в течение года до поступления в стационар. У 54 % пациентов употребление алкоголя чаще происходит в компании. Что касается субъективного предпочтения ОП, то 34% опрошенных сообщили, что желание выпить именно в одиночку у них не возникает «никогда», 42% – что такое желание возникает «иногда». У 14% опрошенных желание употребить алкоголь в одиночку возникает «часто» и у 10% – «всегда». При последующем

разделении больных на группы были получены следующие процентные показатели частоты встречаемости пациентов с различными вариантами ОП: облигатное ОП – 24%, факультативное ОП – 22%. Количество пациентов с коллективным пьянством составило соответственно 54%.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием дескриптивных методов на базе программы Statistica 6.0. Анализ статистической значимости различий между тремя группами исследования для переменных, выраженных в интервальных шкалах, проводился с использованием дисперсионного анализа (ANOVA) с применением теста Тьюки для post hoc сравнений. В связи с тем, что для переменных, выраженных в ранговых или номинативных шкалах, дисперсионный анализ не может быть применен, анализ статистической достоверности различий между группами для таких переменных проводился с использованием непараметрических критериев (Kruskal-Wallis, Mann-Whitney). Различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Феномен ОП, его облигатный и факультативный варианты, рекомендуются в качестве отдельных клинических признаков течения АЗ, которые легко выявляются в ходе клинического интервьюирования больных с помощью специально разработанной анкеты (Приложение 1). Выявление у больных облигатного или факультативного вариантов ОП следует учитывать при построении стратегии диагностического поиска, при оценке прогноза ремиссии и выборе индивидуального подхода к комплексной терапии пациентов с АЗ, что сможет способствовать профилактике рецидивов заболевания и улучшению качества ремиссии.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Анкета для оценки одиночного пьянства у пациентов с алкогольной зависимостью

1) Употреблял ли когда-либо алкоголь в одиночку в течение (\pm):

А. всей жизни ___;

Б. последнего года ___;

В. последнего месяца ___;

Г. последней недели (до поступления)___.

2) Предпочитает употреблять алкоголь в одиночку:

1 – никогда

2 – иногда;

3 – часто;

4 – всегда

3) Одиночное пьянство имеет место:

1 – реже, чем коллективное;

2 – наравне с коллективным;

3 – чаще, чем коллективное.

4) Приблизительное соотношение объема алкоголя, употребляемого в одиночку, к объему алкоголя, употребляемого в компании, за последние 6 месяцев (показатель относительного объема ОП, %):

5) Предпочитает опохмеляться:

1 – в компании;

2 – в одиночку.

6) Опохмеляется в одиночку:

1 – никогда;

2 – иногда;

3 – часто;

4 – всегда.

7) Одинокое пьянство чаще всего происходит:

1 – дома в кругу семьи;

2 – дома в изоляции от членов семьи;

3 – в заведениях;

4 – в других ситуациях _____

8) возраст первого употребления алкоголя в одиночку (лет): _____

9) Одинокое пьянство имеет место преимущественно:

1 – по выходным;

2 – не зависит от дней недели;

3 – в будние дни.

10) Мотивы одиночного пьянства (возможно несколько вариантов ответа):

1. исключительно похмельные;

2. собственно аддиктивные (когда выраженное влечение к алкоголю сочетается с затруднениями в поиске подходящей компании);

3. гедонистические (стремление сделать себе приятное, поощрить себя. Желание «побыть наедине с самым любимым человеком» et ctr.);

4. атарактические (для коррекции тревоги, напряжения, раздражения, возбуждения, тоски и подавленности);

5. гиперактивизирующие (чтобы стать более активным, деятельным, общительным, раскованным);

6. «избегающие» (стремление скрыться и «отдохнуть» от окружающих, «побыть наедине с собой»);

7. «креативные» (желание повысить эффективность мышления, простимулировать воображение, «помечтать», «поразмьслить» или «подумать о смысле жизни»);

8. «псевдоэтические» (отторжение традиций, норм и стереотипов поведения, характерных для коллективного пьянства);

9. другие:

Структура коморбидности в исследуемых группах

(%, достоверность различий между группами оценивалась с использованием критериев Kruskal-Wallis и Mann-Whitney; см. примечания 1–3 к табл. 1).

Психические Расстройства (код по МКБ-10)	Группы		
	ООП	ФОП	КП
Органические расстройства	17,6	17,1	12,7
Органическое аффективное расстройство (06.3) *	7,8	2,8	1,1
Органическое эмоционально-лабильное расстройство (06.6)	5,8	7,1	6,9
Другие органические расстройства (07.0; 07.2)	3,9	7,0	4,6
Расстройства эндогенно-процессуального характера +, **	29,4	12,8	9,3
Шизотипическое расстройство (21.0) +, **	25,4	10,0	6,9
Шизофрения и бредовое расстройство (20.0; 20.6; 22.0)	3,8	2,8	2,2
Аффективные расстройства	5,8	2,8	3,4
Циклотимия (34.0)	3,9	2,8	2,3
Другие аффективные расстройства (31.30; 32.10)	1,9	0	1,1
Расстройства личности	25,4	21,4	11,6
Шизоидное РЛ (60.1) ***	11,7	4,2	0
Импульсивное РЛ (60.30)	1,9	7,1	5,8
Пограничное РЛ (60.31) **	9,8	2,8	1,1
Другие расстройства личности (60.2; 60.4; 60.5)	1,9	7,0	4,6
Героиновая зависимость, ремиссия (11.20)	1,9	4,2	0

Примечания:

- 1) + - достоверные различия между пациентами 1 и 2 групп на уровне $p < 0,05$.
- 2) * - достоверные различия между пациентами 1 и 3 групп на уровне $p < 0,05$,
 ** - на уровне $p < 0,01$,
 *** - на уровне $p < 0,001$.

Оглавление

Введение3

Формула медицинской технологии	5
Показания к использованию медицинской технологии	5
Противопоказания к использованию медицинской технологии	5
Материально-техническое обеспечение медицинской технологии	5
Описание медицинской технологии	6
Критерии выделения «облигатного» и «факультативного» вариантов одиночного пьянства	6
Основные характеристики и проявления феномена одиночного пьянства и его вариантов	9
Клинические и социально-демографические характеристики пациентов.....	12
Психологические характеристики пациентов	15
Общие характеристики пациентов с ОП и с его отдельными вариантами.....	20
Возможные осложнения при использовании медицинской технологии и способы их устранения.....	22
Эффективность использования медицинской технологии.....	23
Приложение 1. Анкета для оценки одиночного пьянства у пациентов с алкогольной зависимостью.....	25
Приложение 2. Структура коморбидности в исследуемых группах	27

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

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

Тел/факс: 365-20-80

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

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева

Клинико-психологические характеристики феномена одиночного пьянства: Усовершенствованная медицинская технология / СПб. науч.-иссл. психоневрол. инт-т им.В.М.Бехтерева; Авторы-сост.: Е.М.Крупицкий, О.Ф.Ерышев, Н.Н.Фролова. – СПб., 2007. – 28 с.

Подписано в печать 18.06.2007. Формат 60x84/16.

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

Печать ризографическая.
Заказ № 98. Тираж 300 экз.