

КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ АЛКОГОЛИЗМОМ В СРЕДНЕМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

А.А. Ефремов*

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

COGNITIVE STATUS OF ELDERLY PEOPLE WITH PRIMARY ORGANIC MENTAL DISORDERS COMPLICATED BY ALCOHOLISM IN MIDDLE AND ELDERLY AGE

A.A. Efremov*

Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

*E-mail: efremovalexander.med@gmail.com

Аннотация

Цель исследования – изучить когнитивный статус у лиц пожилого возраста с органическими психическими расстройствами (ОПР), осложненными алкогольной зависимостью (АЗ) в среднем и пожилом возрасте. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие пациенты только мужского пола для чистоты исследования в возрасте 67.5 ± 7.2 года с первичными органическими психическими расстройствами, осложненными алкоголизмом средней стадии. В зависимости от возраста появления симптомов ОПР и формирования АЗ больные были разделены на две группы: в первую группу вошли лица с ОПР, возникшими в возрасте 38.2 ± 2.0 года, осложненными АЗ в 53.8 ± 1.2 года, а во вторую – пациенты с ОПР, возникшими в возрасте 46.5 ± 2.2 года и осложненными АЗ в 66.8 ± 0.9 года. **Результаты.** Установлено, что общий балл показателей когнитивных функций у больных пожилого возраста с ОПР, возникшими в возрасте 46.5 ± 2.2 года и осложненными алкоголизмом в 66.8 ± 0.9 года, был выше ($p < 0.05$, $p = 0.040$) относительно лиц сравнимой группы. **Заключение.** Можно допустить, что важное значение при формировании когнитивных нарушений имеют не только перенесенные внутренние биологические (неспецифические/специфические), внутренние индивидуально-психологические (неспецифические) и внешние факторы риска, а также возраст появления первых симптомов ОПР и возраст присоединения алкоголизма.

Ключевые слова: органические психические расстройства, осложненные алкогольной зависимостью, клинические, психологические, психометрические, экспериментальные методы исследования.

Abstract

Purpose. To study the cognitive status of elderly people with organic mental disorders (OMD) complicated by alcohol dependence (AD) in their middle and elderly age. **Materials and methods.** The study included only male patients (for study accuracy) aged 67.5 ± 7.2 with primary organic mental disorders complicated by middle stage alcoholism. Patients were divided into two groups depending on patient's age when OMD and AD symptoms were manifested: the first group included persons with OMD onset at age 38.2 ± 2.0 and complicated by alcohol dependence at 53.8 ± 1.2 ; the second group included patients with OMD onset at age 46.5 ± 2.2 and complicated by AD at age 66.8 ± 0.9 . **Results.** As it has been found, the overall score of indicators of cognitive functions in elderly patients with organic mental disorders and its onset at 46.5 ± 2.2 y.o complicated by alcoholism at 66.8 ± 0.9 y.o. was higher ($p < 0.05$, $p = 0.040$), if to compare to the participants from the comparison group. **Conclusion.** It can be assumed that the formation of cognitive disorders depends not only on internal biophysiological (nonspecific/specific) risk factors, on internal individual psychological (nonspecific) risk factors, but also on external risk factors, as well as on patient's age when the first symptoms of organic mental disorders and of alcoholism were seen.

Keywords: organic mental disorders complicated by alcohol dependence, clinical, psychologic, psychometric, experimental research methods.

Ссылка для цитирования: Ефремов А.А. Когнитивный статус лиц пожилого возраста с органическими психическими расстройствами, осложненными алкоголизмом в среднем и пожилом возрасте. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2024; 4: 75–80.

Введение

Органическое психическое расстройство (ОПР), коморбидное зависимостью от алкоголя, бывает первичным, когда оно возникает в результате непосредственного либо преимущественного поражения головного мозга (перенесенная экзогенная вредность – антенатальные, интранатальные, постнатальные факторы, черепно-мозговые травмы (ЧМТ), инсульты, интоксикации различного генеза и т.д.), либо

вторичным – когда на фоне поражения систем и органов вторично повреждается головной мозг.

Скорость и массивность поражения головного мозга, оформление синдромов зависят от интенсивности (массивности), длительности действия экзогенного фактора и возраста пациента [1–4]. В целом ОПР, возникшие в раннем детстве (от года до трех лет), в дошкольном (от трех до семи лет) и младшем школьном возрасте (девочки от семи до 11 лет,

мальчики от семи до 12 лет), старшем школьном периоде (девочки с 12 до 18 лет, мальчики с 13 до 18 лет), претерпевают изменения, компенсируются к моменту совершеннолетия [5–9]. Возникающие на фоне ранее перенесенных экзогенных вредностей головного мозга маскированные депрессии, соматические расстройства, разнообразные алгии, диссомнии нередко приводят к злоупотреблению алкоголем, что, в свою очередь, играет существенную роль в возникновении когнитивных и эмоционально-поведенческих расстройств, которые усугубляют течение ОПР [10], и определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования – изучение когнитивного статуса у лиц пожилого возраста с ОПР, осложненными алкоголизмом в среднем и пожилом возрасте.

Материалы и методы

Исследование проводилось в ГБУЗ «Подольский наркологический диспансер» Министерства здравоохранения Московской области, г. Подольск, с 2019 по 2022 г. Проведение исследования одобрено комитетом по этике научных исследований 18 ноября 2020 г. (протокол №6 ФГАО УВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»). Пациенты при включении в исследование подписывали форму информированного согласия.

Объектом исследования являлись 83 пациента только мужского пола в возрасте 67.5 ± 7.2 года, находящиеся на стационарном лечении с последующим диспансерным наблюдением, которые были разделены на две группы в зависимости от возраста появления симптомов ОПР и формирования алкогольной зависимости (АЗ): в первую группу вошли лица с ОПР, возникшими в возрасте 38.2 ± 2.0 года, осложненными АЗ средней стадии в 53.8 ± 1.2 года, а во вторую – пациенты с первичными ОПР, начавшимися в возрасте 46.5 ± 2.2 года и осложненными алкоголизмом средней стадии в 66.8 ± 0.9 года. Перенесенные закрытые ЧМТ у лиц первой и второй группы чаще ($p < 0.05$) возникали в возрасте соответственно до 10 лет и в интервале 10–20 лет, а к систематическому употреблению алкоголя приступали соответственно в 47.5 ± 1.7 и 60.1 ± 1.8 года.

Критерии включения в клиническую группу: возраст – 67.5 ± 7.2 года, наличие ОПР, осложненных алкоголизмом средней стадии в среднем и пожилом возрасте.

Критерии невключения: из исследования исключались пациенты с сопутствующими эндогенными психическими заболеваниями, тяжелыми органическими поражениями головного мозга, острым нарушением мозгового кровообращения, эпилепсией, тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения, сочетанным употреблением алкоголя с другими психоактивными веществами. Все больные были обследованы по единому плану (лабораторные, клинические, инструментальные исследования), осмотрены терапевтом, невропатологом.

Для решения поставленных задач использовали следующие методы исследования: 1) анализ анамнестической карты больного с ОПР, осложненными алкоголизмом [11, прилож. № 1]; 2) экспериментально-психологический тест – оценка памяти, мышления, внимания и утомляемости [13], мини-тест оценки когнитивных функций (Mini-Mental State Examination, MMSE) [14], тест «рисование часов» [16], методику оценки алкогольной анозогнозии [12]; 3) статистический (параметрический и непараметрический методы) [17] – критерий Манна – Уитни ($p < 0.05$), при отклонении признаков от нормального распределения использовали

медиану, 25-й и 75-й квартили (Me [Q25; Q75]), критерий Спирмена, коэффициент корреляции Спирмена. Для проверки согласованности утверждений опросника «алкогольная анозогнозия» [12] между собой внутри каждой субшкалы применяли коэффициент альфа Кронбаха. Для определения нормальности распределения частот утверждений по каждой из субшкал использовали критерий Колмогорова – Смирнова. Проводили процедуру принудительной нормализации с использованием Q-приведения. Для сравнения количества процентных данных (долей) применяли критерий хи-квадрат.

Результаты и обсуждение

Для выявления алкогольной анозогнозии уточняли отношение больного к своей психической болезни: 1) согласен ли он оценивать некоторые свои психические симптомы как патологические; 2) признает ли он, что страдает психическим расстройством; 3) понимает ли он, что между изменениями социального функционирования и психическим заболеванием имеется связь. Анализировали ответы на 46 вопросов по семи субшкалам опросника «Алкогольная анозогнозия» [12]: «неинформированность» (НИ), «непризнание симптомов заболевания» (НС), «непризнание заболевания» (НЗ), «непризнание последствий заболевания» (НПЗ), «эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ), «несогласие с лечением» (НЛ), «неприятие трезвости» (НТ). Субшкалы НИ, НС, НЗ, НПЗ отражали когнитивные проявления анозогнозии, субшкала ЭНЗ – эмоциональные проявления, субшкалы НЛ, НТ – мотивационные. За каждый ответ «согласен» на прямой вопрос начисляли три балла, за ответ «не согласен» – один балл. За каждый ответ «согласен» на обратный вопрос начисляли один балл, за ответ «не согласен» – три балла. Ответы «не уверен» (как на прямые, так и на обратные вопросы) оценивали в два балла. Распределение утверждений на прямые и обратные и по субшкалам проводили с помощью таблицы «ключей». Далее проводили перевод «сырых» баллов каждой субшкалы опросника в шкальные по специальной таблице (табл. 1): низкий уровень алкогольной анозогнозии – «-2», пониженный – «-1», средний – «0», повышенный – «1», высокий – «2».

Полученные данные проиллюстрированы в табл. 2.

Из данных табл. 2 видно, что уровень алкогольной анозогнозии у больных второй группы по многим шкалам был ниже ($p < 0.05$, $p = 0.011–0.049$) относительно лиц первой группы. Более подробный анализ вопросов показал, что у большей части пациентов первой группы ответы, скорее всего, носят формальный характер, и они недооценивают трудность соблюдения трезвости и не готовы к работе над самим собой (шкала «неприятие трезвости», вопросы №№ 8, 12, 21, 28), формально признают физические, психические и семейные последствия алкоголизации при недостаточном понимании

Таблица 1

Перевод «сырых» баллов опросника «Алкогольная анозогнозия» в шкальные баллы

Шкальные баллы	«Сырые» баллы						
	Субшкалы опросника						
	1 НИ	2 НС	3 НЗ	4 НПЗ	5 ЭНЗ	6 НЛ	7 НТ
-2	–	–	–	–	–	–	11–12
-1	–	–	4	9	7	–	13
0	6–11	4–6	5–12	10–17	8–12	5–8	14–22
1	12–14	7	–	18–21	13–16	9–12	23–28
2	15–18	8–12	–	22–27	18–21	12–15	29–33

Таблица 2

Уровень алкогольной анозогнозии

Шкалы	Уровень анозогнозии	Количество больных (n = 83)		p
		Группа 1 (n = 49)	Группа 2 (n = 34)	
Неинформированность	Средний	57.2% (n = 28)	67.7% (n = 23)	0.039
	Повышен	32.6% (n = 16)	23.5% (n = 8)	0.040
	Высокий	10.2% (n = 5)	8.8% (n = 3)	–
Непризнание симптомов заболевания	Средний	61.2% (n = 30)	73.6% (n = 25)	–
	Повышен	26.6% (n = 13)	17.6% (n = 6)	–
	Высокий	12.2% (n = 6)	8.8% (n = 3)	–
Непризнание заболевания	Средний	79.6% (n = 39)	64.7% (n = 22)	0.043
	Отсутствие	20.4% (n = 10)	35.3% (n = 12)	0.041
Непризнание последствий заболевания	Средний	63.2% (n = 31)	64.7% (n = 22)	–
	Повышен	24.6% (n = 12)	14.7% (n = 5)	–
	Отсутствие	12.2% (n = 6)	20.6% (n = 7)	–
Эмоциональное неприятие заболевания	Средний	67.3% (n = 33)	58.9% (n = 20)	–
	Повышен	20.4% (n = 10)	17.6% (n = 6)	–
	Отсутствие	12.2 (n = 6)	23.5% (n = 8)	0.020
Несогласие с лечением	Средний	77.6% (n = 38)	88.3% (n = 30)	0.049
	Повышен	22.4% (n = 11)	11.7% (n = 4)	0.018
Непринятие трезвости	Средний	61.2% (n = 30)	50% (n = 17)	0.049
	Повышен	24.5% (n = 12)	20.6% (n = 7)	–
	Понижен	6.2 (n = 3)	8.8% (n = 3)	–
	Низкий	8.2 (n = 4)	20.6% (n = 7)	0.011

Таблица 3

Показатели оценки когнитивных функций у пациентов двух групп с использованием шкалы MMSE, баллы

Показатель	Количество больных (n = 141)		p
	Группа I (n = 83)		
	Подгруппа 1 (n = 49)	Подгруппа 2 (n = 34)	
Ориентация	9.5 ± 0.51	9.6 ± 0.41	–
Восприятие	2.5 ± 0.43	2.8 ± 0.32	–
Внимание и счет	4.2 ± 0.18	4.7 ± 0.25	0.039
Память	2.5 ± 0.12	2.6 ± 0.17	–
Речь	2.5 ± 0.48	2.7 ± 0.42	–
Выполнение операции из трех действий	2.6 ± 0.33	2.8 ± 0.28	–
Чтение	0.75 ± 0.08	0.95 ± 0.11	0.041
Письмо	0.79 ± 0.19	0.92 ± 0.13	–
Копирование	0.77 ± 0.05	0.92 ± 0.09	0.43
Общий балл	26.11 ± 0.29	28.09 ± 0.33	0.040
Рисование часов	8.2 ± 0.4	8.4 ± 0.4	–

отклонений в поведении, в морально-этической и профессиональной сфере, на словах высказывают необходимость наркологического лечения и правильно судят о причинах попадания в стационар, но в то же время высказывают сомнения в необходимости и пользе наркологического лечения (шкала «несогласие с лечением», ответы «не уверен», № 31 и 39), в половине случаев у них были получены анозогностические ответы (шкала «непринятие трезвости», вопросы на утверждения №№ 5, 13, 25).

Когнитивный статус пациентов (табл. 3) оценивали с помощью шкалы оценки когнитивных функций MMSE [14] и теста «рисование часов» [16].

У пациентов первой и второй групп в 14.3% (n = 7) и 26.5% (n = 9) наблюдений соответственно установлена сохранность интеллектуально-мнестических функций (28.41 ± 0.37 балла),

а в 51.0% (n = 25) и 52.9% (n = 18) случаев соответственно – субклинические, субъективные когнитивные нарушения (мягкие когнитивные расстройства, 28.01 ± 0.35 балла). У лиц первой и второй групп в 34.7% (n = 17) и 20.5% (n = 7) случаев соответственно установили органическое легкое когнитивное расстройство (26.47 ± 0.53 балла), поскольку диагноз «органическое умеренное когнитивное расстройство» в МКБ-10 отсутствует. Сохранность интеллектуально-мнестических функций отмечена у большего числа пациентов второй группы (p = 0.044).

При сравнении показателей когнитивных функций между лицами первой и второй групп было установлено, что показатели функции «внимание и счет», «копирование», «чтение» у пациентов второй группы были выше (p < 0.05, соответственно p = 0.039, p = 0.041 и p = 0.043) по сравнению

с лицами первой группы (табл. 3). Остальные исследуемые показатели между двумя группами статистически достоверно не отличались. Общий балл показателей когнитивных функций у больных второй группы был выше ($p < 0.05$, $p = 0.040$). Пациентов просили нарисовать круглые часы с цифрами на циферблате с запечатлением времени «без пятнадцати два» [14]. У больных обеих групп имели место более заметные ошибки в расположении стрелок, хотя намечалась тенденция к улучшению данного теста у лиц второй подгруппы. Количественная разница ($p < 0.05$, $p = 0.036$) между показателями механической памяти и опосредованного запоминания между больными первой и второй групп представлена в табл. 3.

Заключение

Комплексная оценка когнитивного статуса позволила установить, что уровень алкогольной анозогнозии по отдельным ее компонентам, а также общий балл показателей когнитивных функций у большинства пациентов с ОПР, возникшими в молодом возрасте 38.2 ± 2.0 года и осложненными алкогольной зависимостью в возрасте 53.8 ± 1.2 года, ниже по сравнению с лицами с ОПР, возникшими в возрасте 46.5 ± 2.2 года и осложненными алкоголизмом средней стадии в пожилом возрасте 66.8 ± 0.9 года, что свидетельствует о наличии у последних большей сохранности на данном этапе болезни нейроккогнитивных функций мозга.

Литература

1. Кардашян Р.А. и др. Органические психические расстройства у лиц пожилого возраста, коморбидные с алкоголизмом. Аналитический обзор // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2023. – Т. 123. – № 12. – С. 56–64. [Kardashyan R.A. et al. Organic mental disorders with comorbid alcoholism in the elderly // Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov. – 2023. – V. 123. – No 12. – P. 27–33. In Russian]. DOI: 10.17116/jnevro202312312127.
2. Piumatti G. et al. The relationship between alcohol use and long-term cognitive decline in middle and late life: a longitudinal analysis using UK Biobank // Journal of Public Health (Oxford, England). – 2018. – V. 40. – No 2. – P. 304–311. DOI: 10.1093/pubmed/fdx186.
3. Самушия М.А. Пограничные психические расстройства в пред- и послеоперационном периодах аортокоронарного шунтирования (обзор литературы) // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 1. – С. 28–33. [Samushiya M.A. Borderline mental disorders in the pre- and postoperative periods of coronary artery bypass grafting (literature review) // Mental disorders in general medicine. – 2007. – No 1. – P. 28–33. In Russian].
4. Самушия М.А. и др. Психические расстройства в онкологической практике // В сборнике: Лекции по психосоматике. – Москва, 2014. – С. 117–140. [Samushiya M.A. et al. Mental disorders in oncological practice // In the collection: Lectures on psychosomatics. – Moscow, 2014. – P. 117–140. In Russian].
5. Dervaux A. et al. Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance // Presse Med. – 2018. – V. 47. – No 6. – P. 575–585. DOI: 10.1016/j.lpm.2018.01.005.
6. Fink-Jensen A. Alcohol use disorders and comorbidity // Ugeskr. Laeger. Presse Med. – 2021. – V. 183. – No 14. – V01210036. PMID: 33832553.
7. Szerman N. et al. Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. Association on Dual Disorders (WADD) // Translational Psychiatry. – 2022. – V. 13. – No 12 (1). – P. 446. DOI: 10.1038/s41398-022-02212-5.
8. Torales J. et al. Even More Complex... When Mental Disorder Meets Addiction in Youth: Dual Pathology // Curr. Drug Res Rev. – 2019. – V. 11. – No 1. – P. 40–43. DOI: 10.2174/2589977511666181128165358.
9. Torrens M. et al. Recent Advances in Dual Disorders (Addiction and Other Mental Disorders) // J. Clin. Med. – 2023. – V. 6. – No 12 (9). – P. 3315. DOI: 10.3390/jcm12093315.
10. Захаров В.В. и др. Коморбидность депрессии и хронического болевого синдрома в пожилом возрасте // Эффективная фармакотерапия. – 2021. – Т. 17. – № 6. – С. 14–20. [Zakharov V.V. et al. Comorbidity of depression and chronic pain syndrome in old age // Effektivnaya farmakoterapiya. – 2021. – V. 17. – No 6. – P. 14–20. In Russian]. DOI: 10.33978/2307-3586-2021-17-6-14-20.
11. Понизовский П.А. Соматическая анозогнозия у больных алкогольной зависимостью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 4. [Ponizovsky P.A. Somatic anosognosia in patients with alcohol dependence // Social and clinical psychiatry. – 2006. – No 4. In Russian]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/somaticheskaya-anozognoziya-u-bolnyh-alkogolnoy-zavisimostyu>.
12. Рыбакова Ю.В. Методика оценки анозогнозии у больных алкогольной зависимостью // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011 – Т. 1. – № 2 (39). – С. 262–263. [Rybakova Yu.V. Methodology for assessing anosognosia in patients with alcohol dependence // Preventive and clinical medicine. – 2011 – T. 1. – No 2 (39). – P. 262–263. In Russian].
13. Словенко Е.Д. и др. Нормативные характеристики выполнения методики «заучивание 10 слов» и способы выявления установочного поведения при исследовании памяти // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2020. – № 3. – С. 52–85. [Slovenko E.D. et al. Normative characteristics of the implementation of the technique "memorizing 10 words" and ways to identify the installation behavior in the study of memory // Bulletin of Pedagogy and Psychology of Southern Siberia. – 2020. – No 3. – P. 52–85. In Russian].
14. Folstein M.F. et al. "Mini-mental status". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // Journal of Psychiatric Research. – 1975. – V. 12. – No 3. – P. 189–98. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
15. Savage R.D. Wechsler's Measurement and Appraisal of Adult Intelligence, 5th ed. // British Journal of Industrial Medicine (Review). – 1974 (April). – V. 31. – No 2. – P. 169.
16. Vyhnálek M. et al. Clock drawing test in screening for Alzheimer's dementia and mild cognitive impairment in clinical practice // Psychology. International journal of geriatric psychiatry. – 2017 (Sep). – V. 32. – No 9. – P. 933–939. DOI: 10.1002/gps.4549.
17. Бондарева И.Б. и др. Математическая статистика в клинических исследованиях: практическое руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 304 с. [Bondareva I.B. et al. Mathematical statistics in clinical trials: a practical guide. – Moscow: GEOTAR-Media, 2006. – 304 p. In Russian].

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

Анамнестическая карта пациентов пожилого возраста с органическими психическими расстройствами, коморбидными с алкогольной зависимостью

Паспортные данные

1. ФИО
2. Возраст
3. Название стационара
4. Номер истории болезни
5. Дата поступления

Анамнестические данные

1. *Наследственность*: неотягощена – 0, отягощена психическими заболеваниями – 1, отягощена алкоголизмом – 2.
2. *Беременность и роды*: нормальные – 0, беременность патологическая – 1, роды патологические – 2, беременность и роды патологические – 3.
3. *Раннее развитие*: нормальное – 0, задержка физического развития – 1, задержка психического развития – 2.
4. *Воспитатели*: мать и отец – 1, мать – 2, отец – 3, другие – 4.
5. *Стиль семейного воспитания ваших родителей*:
неправильное воспитание: не было – 0, гиперопека – 1, гипоопека – 2, потворство – 3, эмоциональное неприятие – 4, жестокость – 5, завышенные требования – 6.
6. *Основные черты характера родителей*.
Отец: а) жесткий – 1, б) строгий – 2, в) мягкий – 3, г) добрый – 4, д) недобрый – 5, е) внимательный – 6, ж) равнодушный – 7, з) общительный – 8, и) замкнутый – 9.
Мать: а) жесткая – 1, б) строгая – 2, в) мягкая – 3, г) добрая – 4, д) недобрая – 5, е) внимательная – 6, ж) равнодушная – 7, з) общительная – 8, и) замкнутая – 9.
7. *Курили ли Ваши родители?*
а) да – папа/мама – 1, б) нет – папа/мама – 2, в) иногда – папа/мама – 3.
8. *Употребляли ли Ваши родители алкоголь?* а) да – папа/мама – 1, б) нет – папа/мама – 2, в) иногда – папа/мама – 3.
9. *Были ли у Вас в семье конфликтные отношения, если да, то с кем?* а) отцом – 1, б) мамой – 2, в) братом – 3, г) сестрой – 4, д) бабушкой – 5, е) бабушкой – 6, ж) между родителями – 7.
10. *Деструкция семьи (до пубертата, 10–20 лет)*: не было – 0, развод – 1, смерть одного из родителей – 2.
11. *Если у Вас распалась семья, то Вы поддерживали контакт с ушедшим из семьи родителем?* а) да – 1, б) нет – 2.
12. *Особенности характера (до пубертата, 10–20 лет)*: послушный – 1, непослушный – 2, энергичный – 3, пассивный – 4, общительный – 5, замкнутый – 6, обидчивый – 7, драчливый – 8, плаксивый – 9, тревожно-мнительный – 10, впечатлительный – 11.
13. *Успеваемость*: плохая – 1, посредственная – 2, неровная – 3, хорошая – 4; отличная – 5.
14. *Интересы*: отсутствуют – 0, неустойчивые – 1, устойчивые – 2.
15. *Самооценка в школьные годы*: низкая – 1, средняя – 2, высокая – 3.
16. *Позиции, отстаивание своих интересов в школьные годы*: пассивные – 1, активные – 2.
17. *Бывали ли в школьные годы эпизоды беспричинного конфликта*: а) да – 1, б) редко – 2, в) никогда – 3.
18. *Как Вы сходились с товарищами в молодости?* а) легко – 1, б) трудно – 2, в) избегал контактов – 3.
19. *Были ли у Вас нарушения поведения в школьные годы?*
а) прогулы занятий – 1, б) мелкое хулиганство – 2, в) курение – 3, г) выпивки – 4, д) знакомство с различными дурманящими средствами – 5, е) погони из дома – 6, ж) задержание полицией – 7.
20. *Образование*: неполное среднее – 1, среднее – 2, неполное высшее – 3, высшее – 4.
21. *Преморбидная акцентуация характера*: гипертимный тип – 1, циклоидный тип – 2, лабильный тип – 3, астено-невротический тип – 4, сенситивный тип – 5, психастенический тип – 6, шизоидный тип – 7, эпилептоидный (возбудимый) тип – 8, истероидный тип – 9, неустойчивый тип – 10, конформный тип – 11, смешанный тип – 12.
22. *Семейное положение на момент обследования*: холост – 1, женат – 2, в разводе – 3.
23. *Взаимоотношения с женой*: дружные/доброжелательные – 1, неровные/конфликтные – 2, безразличные – 3.
24. *Окружение*: трезвое – 1, пьют соседи – 2, пьют родственники – 3, сослуживцы – 4.
25. *Отношения с окружающими*: неровные – 1, конфликтные – 2, безразличные – 3, дружные – 4.
26. *Конфликты в связи с пьянством*: не было – 0, в семье – 1, на работе – 2, на улице – 3.
27. *Соматические заболевания*: не было – 0, сердечно-сосудистые заболевания – 1, заболевания ЖКТ – 2, заболевания дыхательной системы – 3, заболевания эндокринной системы – 4, заболевания мочеполовой системы – 5, заболевания ЦНС – 6, прочие заболевания – 7.
28. *Были ли у Вас ранее сексуальные проблемы и связанные с ними психические травмы, в каком возрасте?* а) да – 1, б) нет – 2.
29. *Были ли у Вас черепно-мозговые травмы*: не было – 0, были до 10 лет – 1, с 10 до 20 лет – 2, с 20 до 40 лет – 3, с 40 до 60 лет – 4, после 60 лет.
30. *Отношение к соматическому здоровью*: полное отсутствие информации о заболевании – 0, знание цифр АД – 1, знание результатов анализов и обследований – 2, озабоченность, тревога при диагностике соматического заболевания – 3, готовность следовать советам врача – 4.
31. *Регулярность профилактических медицинских обследований после диагностирования соматического заболевания*: нерегулярно – 0, регулярно – 1.
32. *Курение*: не курит – 0; курит, начал с _____ лет – 1; до 10 сигарет в день – 1,1; до 20 сигарет в день – 1,2; более одной пачки в день – 1,3; бросил в _____ лет – 2.

Наркологический анамнез

1. Первое употребление алкоголя в _____ лет:
в семье – 1, среди сверстников – 2, среди старших по возрасту – 3, в одиночку – 4.
2. Мотивы употребления: самоутверждение – 1, повышение настроения – 2, облегчение контактов – 3, ритуальное – 4.
3. Учащение употребления алкоголя: в _____ лет.
4. Систематическое употребление алкоголя (не менее 1 раза в неделю): в _____ лет, доза _____ л/сутки.
5. Злоупотребление алкоголем: в _____ лет, доза _____ л /сутки.
6. Провалы памяти в опьянении: нет – 0, есть – 1, возникли в _____ лет.
7. Форма потребления алкоголя: однодневные эксцессы с опохмелением – 1, непостоянное пьянство с опохмелением – 2, постоянное пьянство с опохмелением – 3, запойное пьянство – 4, перемежающееся (смешанное) пьянство – 5.
8. Запой в последний год: те же – 0, стали короче – 1, продолжительнее – 2.
9. Продолжительность запоев: _____ суток.
10. Причина обрыва запоя: отсутствие денег – 1, плохое самочувствие – 2, конфликт в семье – 3, другие _____ – 4.
11. Светлые промежутки в последний год: те же – 0, стали короче – 1, продолжительнее – 2.
12. Продолжительность светлых промежутков: _____ суток.
13. АСО (похмельный синдром): нет – 0, есть, появился в _____ лет.
14. Продолжительность АСО (похмельный синдром): _____ суток.
15. Проявления АСО: тревога – 1, апатия – 2, тоска – 3, соматический дискомфорт – 4, озноб (жар) – 5, бессонница – 6, астения (слабость, вялость) – 7, гипергидроз (избыточное выделение пота) – 8, тремор конечностей – 9, общий тремор – 10, сухость слизистых – 11, судорожные припадки – 12.
16. Возобновление пьянства после запоя связано с: ситуацией – 1, первичным влечением (тягой) – 2, вторичным влечением к алкоголю (после выпивки желание продолжить) – 3.
17. Беспричинное изменение психического состояния перед запоем: не бывает – 0, раздражительность – 1, подавленность – 2, тревожность – 3, астения (слабость, вялость) – 4, гиперактивность – 5, неопределенный дискомфорт (чего-то не хватает) – 6, неусидчивость – 7, нарушение сна – 8, влечение к алкоголю – 9.
18. Измененное состояние перед запоем: в течение нескольких часов – 1, дней – 2, недель – 3.
19. Возникновение депрессивных состояний до начала злоупотребления алкоголем: не возникали – 0, возникали – 1.
20. Самочувствие при воздержании после окончания АСО (похмельного синдрома): обычное – 1, с дискомфортом – 2, с подавленностью – 3, с тревожностью – 4, с утомляемостью – 5, с гиперактивностью – 6.
21. Изменения характера за годы злоупотребления алкоголем: не изменился – 0, появились раздражительность, вспыльчивость – 1, появились депрессивные проявления – 2, появились мнительность, подозрительность – 3, появились слабодушие – 4.
22. Перенес ранее алкогольный психоз: не было – 0, делирий (глазами видел несуществующих людей, предметы) в _____ лет (количество эпизодов _____) – 1, галлюциноз (слышал несуществующие звуки, голоса) в _____ лет (количество эпизодов _____) – 2, паранойд (бред преследования и ревности) (количество эпизодов _____) – 3.
23. Амбулаторное противоалкогольное лечение (методики опосредованной психотерапии): не было – 0, в _____ лет (количество раз _____) – 1.
24. Ремиссия после амбулаторного лечения: не было – 0, была _____ мес. – 1.
25. Стационарное противоалкогольное лечение: не было – 0, в _____ лет (количество раз) – 1.
26. Ремиссия после стационарного лечения: не было – 0, была _____ мес. – 1.
27. Спонтанная ремиссия: не было – 0, была _____ мес. – 1.
28. Продолжительность последнего периода пьянства _____ суток.
29. Суточная доза алкоголя в период последнего запоя: доза _____ л /сутки.
30. Обратился за наркологической помощью: самостоятельно – 1, по инициативе семьи – 2, по инициативе родственников – 3.
31. Отношение к употреблению алкоголя: отсутствие критики – 0, неполная критика – 1, полная критика – 2.

Психиатрический анамнез

1. Наблюдение:
не обращался – 0, однократное обращение – 1, психиатрический анамнез до 10 лет – 3.
2. Первые ухудшения памяти, сообразительности, снижения концентрации внимания: до 40 лет – 1, с 40 до 60 лет – 2, после 60 лет – 3.
3. Беспричинные перепады настроения, не связанные с приемом алкоголя, длящиеся более 10–14 дней (апатия, тревога, раздражительность, повышенный фон настроения): до 20 лет – 1, с 20 до 40 лет – 2, с 40 до 60 лет – 3, после 60 лет – 4.
4. Выраженность ЭЭГ-исследования: исследование не проводилось – 0, нарушения органического характера легкие – 1, нарушения органического характера умеренные – 2.
5. Данные психологического обследования: исследование не проводилось – 0, в пределах возрастной нормы – 1, незначительные дефицитарные расстройства – 2, умеренные дефицитарные расстройства – 3.
6. Структура выявленных особенностей: исследование не проводилось – 0, преимущественно интеллектуальные – 1, преимущественно личностные – 2, иные – 3.
7. Возраст начала заболевания: до 55 лет – 0, 55–65 лет – 1, 65–75 лет – 3.
8. Тип начала: постепенное начало – 1, быстрое, молниеносное начало – 2, неясно – 3.
9. Патогенез заболевания: резидуальное состояние – 1, умеренно прогрессивное – 2, выражено прогрессивное – 3.
10. Расстройство адаптации после 60 лет: нет – 0, невыраженные – 1, выраженные – 2.
11. Какие наиболее тяжелые события были у Вас в жизни до сегодняшнего дня, как Вы их перенесли? _____

а) легко – 1, б) тяжело – 2, в) быстро – 3, д) долго – 4.