



Клинические рекомендации

**Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя.
Синдром зависимости от алкоголя**

МКБ 10:

F10

F10.2

Год утверждения (частота пересмотра): **2017 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: ____

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Ассоциация наркологов (Профессиональное сообщество врачей-наркологов)**

Утверждены

Российской Ассоциацией _____

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации

— _____ 201_ г.

Оглавление

Ключевые слова	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	6
1. Краткая информация	7
2. Диагностика	11
3. Лечение.....	21
4. Реабилитация	38
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	42
Критерии качества оценки медицинской помощи при синдроме зависимости от алкоголя	43
Список литературы.....	44
Приложение А1. Состав рабочей группы	55
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	56
Приложение Б. Алгоритм диагностики синдрома зависимости.....	59
Приложение В. Информация для пациента	60
Приложение Г. Алгоритм Наранжо	72
Приложение Д. Психотерапия.....	72
Приложение Е. Реабилитация	77
Приложение Ж. Нормативно-правовая база	103

Ключевые слова

- Синдром зависимости
- Психическая зависимость
- Физическая зависимость
- Толерантность
- Синдром патологического влечения к алкоголю
- Алкоголь

Список сокращений

- ААС – алкогольный абстинентный синдром
АС – абстинентный синдром
АД – артериальное давление
АлАТ – аланинаминотрансфераза (alanine aminotransferase)
АсАТ – аспартатаминотрансфераза (aspartate aminotransferase)
АЛДГ – альдегиддегидрогеназа
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ГАМК – гамма-аминомасляная кислота
Гамма-ГТ – гамма-глутамилтрансфераза (gamma glutamiltransferase)
ДА - Дофамин
КА – катехоламины
ЛРП – лечебно-реабилитационная программа
ЛС – лекарственные средства
МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации
МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра
НА – норадреналин
НД – наркологический диспансер
НЯ – нежелательное явление
ПАВ – психоактивное вещество
ПВА – патологическое влечение к алкоголю
СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
СЗ – синдром зависимости
ТА – транзакционный анализ
УЗИ – ультразвуковое исследование
УРП – уровень реабилитационного потенциала
ХАИ – хроническая алкогольная интоксикация
ЦНС – центральная нервная система
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭЭГ – электроэнцефалография
ЭКГ – электрокардиограмма
Эхо-ЭГ – эхоэнцефалография

CDT (УДТ) – carbohydrate-deficient transferrin (углевод-дефицитный трансферрин)

MCV – erythrocyte mean corpuscular volume (средний объем эритроцитов)

NMDA – N-метил-D-аспартатная система

Rg – рентгенография

Термины и определения

Абстинентный синдром (физическая зависимость) – это комплекс вегетативных, соматических, неврологических и психических нарушений, возникающих у больных алкоголизмом/наркоманией (токсикоманией) вслед за прекращением или резким сокращением более или менее длительной и массивной алкогольной/наркотической интоксикации.

Комплаенс – добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения, синоним: приверженность лечению

Нежелательное явление – любое выявленное неблагоприятное с медицинской точки зрения медицинское событие, развившееся после применения лекарственного средства, которое может и не иметь причинно-следственной связи с его применением.

Реабилитация (лат. *rehabilitatio* – восстановление в правах) – комплексное, направленное использование медицинских, социальных, образовательных, трудовых мероприятий с целью приспособления больного к деятельности на максимально возможном для него уровне (определение ВОЗ, 1995).

Реабилитационный потенциал – многофакторная клиническая, психологическая и социальная диагностика, а также прогностическая оценка способностей и возможностей наркологических больных на продолжительные ремиссии и ресоциализацию, возвращение в семью и к общественно полезной деятельности. Базируется на объективных данных о наследственности, преморбиде, соматическом состоянии, виде, тяжести и последствиях наркологического заболевания, особенностях личностного (духовного) развития и социальном статусе больных.

Синдром зависимости – это сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление веществ психоактивных веществ (ПАВ) или класса веществ занимает в системе ценностей больного ведущее место (определение МКБ-10).

Синдром патологического влечения (психическая зависимость) – это определенная (патологическая) психическая деятельность, имеющая следующие составляющие: идеаторную (мыслительную), поведенческую, аффективную (эмоциональную), вегетативную и сенсорную.

Скрининг состояния хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) (англ. – *screening*) – это массовое обследование лиц, не считающих себя больными (например, алкоголизмом), для выявления скрыто протекающих заболеваний или других состояний

(факторов риска будущих заболеваний). Обычно проводится с использованием дешевых, простых, неинвазивных диагностических процедур, имеющих высокую чувствительность.

Толерантность («выносливость») – прогрессирующее ослабление желаемого психотропного эффекта ПАВ (эйфория, успокоение, расслабление и др.), что заставляет больного повышать дозы и учащать прием ПАВ. В основе лежит физиологический механизм адаптации организма к токсическому действию ПАВ. Перекрестная толерантность (англ. - cross-tolerance) – развитие толерантности к веществу, воздействию которого индивидуум ранее не подвергался, в результате приема другого вещества. Оба вещества, как правило, но не обязательно имеют схожее фармакологическое действие.

Уровень реабилитационного потенциала – потенциальная возможность пациента с синдромом зависимости от ПАВ к отказу от употребления ПАВ, возвращению в семью, к общественно полезной деятельности, что может расцениваться как выздоровление, определяется многообразными клиническими и внеклиническими факторами, к которым относятся особенности наследственности, физического и психического развития в преморбидном периоде, социального статуса, а также форма и тяжесть синдрома зависимости от ПАВ, медицинские и социальные последствия употребления ПАВ, индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности, направление личностного и социального развития, ценностная ориентация пациента.

1. Краткая информация

1.1. Определение

Синдром зависимости (СЗ) – это сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ или класса веществ занимает в системе ценностей больного ведущее место (*определение по МКБ-10*)¹.

СЗ есть заболевание мозга, сходное по своему течению с другими хроническими болезнями и проявляющимся комплексом поведенческих нарушений, являющихся результатом взаимодействия генетических, биологических, психосоциальных факторов и влияния окружающей среды.

¹ Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Электронный ресурс: <http://mkb10.ru/F00-F99.html> Дата посещения: 01.09.17.

СЗ может быть по отношению к определенному веществу (например, табаку, алкоголю или диазепаму), классу веществ (например, опиоидным наркотикам) или к широкому ряду фармакологически различных психоактивных веществ

Синонимы: алкоголизм, алкогольная зависимость, синдром зависимости от алкоголя.

1.2. Этиология и патогенез

В патогенезе алкоголизма участвуют [1]:

1 – катехоламиновая (КА), дофаминовая (ДА) системы в лимбических структурах мозга;

2 – эндогенная опиоидная система;

3 – ГАМК-ергическая система;

4 – N-метил-D-аспартатная система.

При длительном приеме ПАВ развивается дефицит нейромедиаторов. В качестве механизма компенсации выступает усиленный синтез КА и подавление активности ферментов их метаболизма, в первую очередь монооксидазы и дофамин-β-гидроксилазы, контролирующей превращение дофамина (ДА) в норадреналин (НА). Происходит формирование ускоренного кругооборота КА. При прекращении приема ПАВ усиленное высвобождение КА из депо прекращается, но остается ускоренным их синтез. Вследствие изменения активности ферментов в биологических жидкостях и тканях (главным образом в мозге) происходит накопление ДА. Именно этот процесс обуславливает развитие основных клинических признаков АС.

Уровень ДА в крови четко коррелирует с клинической тяжестью АС: превышение его исходных показателей в два раза сочетается с картиной тяжелого АС, при превышении в три раза, как правило, развивается острое психотическое состояние [1]. При развитии АС уровень ДА повышается независимо от принадлежности ПАВ, вызвавшего зависимость, к той или иной химической группе. Поэтому основная мишень терапевтического воздействия при всех типах зависимости от ПАВ – регуляция и нормализация функций мезолимбической дофаминовой системы мозга.

Перевозбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы и избыточная продукция гормонов надпочечников повреждают мозговые нейроны, а особенно — клетки гиппокампа, который имеет тесное отношение к процессам памяти и к эмоциональной сфере; резкое повышение уровня КА оказывает токсический эффект на сердечную мышцу, что проявляется снижением её сократительной способности, аритмиями, фибрилляцией и нередко служит причиной внезапной смерти.

Алкоголь оказывает угнетающее влияние на центральную нервную систему (ЦНС), реализуя своё действие через тормозной нейротрансмиттер – γ -аминомасляную кислоту (ГАМК). В норме, нейротрансмиттерные системы, отвечающие за возбуждение (глутаматная) и торможение (ГАМК), находятся в состоянии равновесия. Алкоголь повышает влияние ГАМК, вызывая угнетение ЦНС. При длительном употреблении алкоголя возникает снижение количества ГАМК рецепторов (по механизму отрицательной обратной связи). Это приводит к тому, что для достижения опьянения требуются бóльшие дозы алкоголя. Этот феномен носит название толерантности. Алкоголь действует как блокатор N-метил-D-аспаратных (NMDA) рецепторов, снижая таким образом активность ЦНС. Хроническое злоупотребление алкоголем приводит к повышению количества NMDA рецепторов и усилению синтеза глутамата для поддержания гомеостаза.

Резкая отмена алкоголя при хроническом употреблении приводит к прекращению его тормозного влияния на ЦНС и усилению возбуждающего влияния глутамата, приводя к возбуждению ЦНС. Клиническим выражением возбуждения ЦНС является алкогольный абстинентный синдром с такими симптомами, как: тахикардия, тремор, потливость и психотическими симптомами: алкогольный делирий и судорожный синдром [2].

1.3. Эпидемиология

Алкоголь — наиболее употребляемое ПАВ в мире, его потребление занимает особое место в перечне ведущих факторов риска популяционного здоровья человечества. В Европейском регионе оно несет максимальные по масштабу негативные медико-социальные последствия [3].

По данным ВОЗ в 2012 году 3,3 миллиона случаев смерти, или 5,9% всех случаев смерти в мире, были связаны с алкоголем [4].

В России число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, зарегистрированных наркологической службой в 2015 г., составило 1 719 156 человек (1175,4 на 100 тыс. населения) – это около 1,2% общей численности населения [5].

В 2016 году данный показатель немного снизился: число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, зарегистрированных наркологической службой в 2016 г., составило 1 589 525 человек (1084,7 на 100 тыс. населения), что составляет около 1,1% общей численности населения [6].

1.4. Кодирование по МКБ-10

F10 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя

F10.2xx – синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя

1.5. Классификация

Формулировка диагноза по МКБ-10 имеет большое значение в юридическом (ограничение видов деятельности в связи учетом в наркологическом диспансере (НД)), статистическом и клиническом аспектах. В МКБ-10 присутствует кодирование не только вида употребляемого вещества, но и кодирование стадии заболевания, а также характера синдрома зависимости в настоящее время (Таблица 1)

Таблица 1 – Диагностика синдрома зависимости: F 1x.2

Категории	Определения
определение	<p>Сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ или класса веществ занимает в системе ценностей больного ведущее место (<i>определение по МКБ-10</i>).</p> <p>Зависимость от ПАВ является заболеванием мозга, сходным по своему течению с другими хроническими болезнями и проявляющимся комплексом поведенческих нарушений, являющихся результатом взаимодействия генетических, биологических, психосоциальных факторов и влияния окружающей среды (<i>цит. по акад. Анохиной И.П.</i>)</p>
диагностические критерии	<p>Диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии трех и более нижеперечисленных симптомов в течение некоторого времени за предыдущий год:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Сильная (иногда непреодолимая) потребность принять ПАВ.2. Нарушение способности контролировать длительность приема и дозировку вещества.3. Синдром отмены (F1x.3 и 1x.4), характерный для данного вещества.4. Использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены.5. Признаки толерантности, такие, как повышение дозы вещества для достижения такого эффекта, который достигался ранее меньшей дозой, иногда превышающее предел переносимости.6. Прогрессирующее забвение других интересов и удовольствий, кроме употребления вещества.7. Продолжение приема вещества, несмотря на негативные последствия.
уточнения	<p>Характер синдрома зависимости <i>в настоящее время</i> уточняется пятым знаком:</p> <p>F10.20.. в настоящее время воздержание</p> <p>F10.21.. в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (больница, тюрьма, иное)</p> <p>F10.22.. в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии</p> <p>F10.23.. в настоящее время под клиническим наблюдением, но на лечении, вызывающем отвращение или блокирующими лекарствами</p> <p>F10.24.. в настоящее время употребление ПАВ.. постоянное употребление</p> <p>F10.25.. эпизодическое употребление</p>

	<p>Стадия синдрома зависимости уточняется шестым знаком:</p> <p>F10.2x1.. начальная (первая) стадия</p> <p>F10.2x2.. средняя (вторая) стадия</p> <p>F10.2x3.. конечная (третья) стадия</p> <p>F10.2x9.. стадия не известна</p>
пример диагноза	<p>F10.252. Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма употребления. Средняя стадия.</p> <p>F 10.232. Синдром зависимости от алкоголя. Средняя стадия. Под клиническим наблюдением, но на лечении сенсibiliзирующими препаратами.</p>

Примечание:

ПАВ – психоактивное вещество

МКБ-10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

2. Диагностика

Основное значение при постановке диагноза «Синдром зависимости от алкоголя» имеет клиническая диагностика, состоящая из сбора жалоб, анамнеза, динамического наблюдения и анализа полученных данных. Остальные виды диагностики играют второстепенную роль.

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется при сборе анамнеза обращать внимание на ниже перечисленные диагностические критерии синдрома зависимости [1, 7, 8, 9, 10].

Употребление алкоголя приводит к, по меньшей мере, 3 (*трём*) клинически значимым нарушениям, приведенным ниже, в течение 12-месячного периода:

- алкоголь часто принимается в больших количествах или в течение более длительного периода, чем предполагалось.
- присутствует постоянное стремление или безуспешные усилия по сокращению или контролю употребления алкоголя.
- увеличение количества времени, затрачиваемое на поиски алкоголя и его употребление, несмотря на негативные последствия, с этим связанные
 - сильное (непреодолимое) желание принять алкоголь
 - забвение основных интересов и обязанностей
 - продолжение употребления алкоголя, несмотря на постоянные или повторяющиеся социальные или межличностные проблемы, вызванные или усугубляемые воздействием алкоголя.
- сформированный синдром отмены

- толерантность, определяемая одним из следующих признаков:

а - для достижения опьянения или желаемого эффекта необходимо заметно увеличенное количество алкоголя

б - при постоянном употреблении такого же количества алкоголя опьянение или желаемый эффект достигаются заметно труднее.

Уровень GPP

- Рекомендуется при выяснении жалоб обращать внимание на ниже перечисленные [1, 7, 8, 9, 10]:

- снижение умственной работоспособности, повышенная утомляемость, нарушения сна, эмоциональная лабильность, колебания АД, тягостные ощущения в области сердца, чувство тяжести в голове, ослабление памяти и внимания, исчезновение интереса к творческому труду, шаблонизация деятельности, снижение чувства долга, пренебрежение своими обязанностями, притупление высших эмоций (чувства совести, долга, заботы, сострадания и т.п.) и усиление низших (эгоизм, раздражительность, любовь к наслаждениям, паразитические тенденции и проч.).

Уровень GPP

Комментарии:

СЗ, по сути, заменяет собой понятия «наркологическая болезнь, нозология». Именно с этим связан феномен существования «синдрома в синдроме». СЗ включает в себя, по меньшей мере, еще 3 синдрома: синдром патологического влечения к ПАВ, синдром отмены, синдром психической деградации. Некоторые исследователи выделяют и толерантность, как самостоятельный синдром. Согласно МКБ-10, структура этого синдрома образована 7 признаками (Таблица 1), однако вклад в диагностику каждого отдельного признака неодинаков.

Вслед за привычным или эпизодическим потреблением алкоголя со временем наступает систематическое злоупотребление алкоголем, в процессе которого формируются основные признаки синдрома зависимости (син.: «алкоголизм», «хронический алкоголизм», «зависимость от алкоголя»).

Алкогольные эксцессы учащаются, возникают они практически по любому поводу, значительному или незначительному. Человеку трудно воздерживаться от употребления

спиртных напитков, он начинает сам активно искать поводы для этого. В периоды вынужденного воздержания от алкоголя (семейные неурядицы, отсутствие денег, работа и пр.) у такого человека возникают расстройства настроения, появляется чувство дискомфорта («все не по себе»). Но человек уже знает, как себе помочь: очередной прием алкоголя снимает все эти неприятные ощущения. Спиртные напитки употребляются, как правило, не реже 1-2 раз в неделю, а в ряде случаев – ежедневно. Происходит заметное повышение толерантности к алкоголю, т.е. дозы алкоголя, необходимой для достижения желаемого эйфорического эффекта. В результате увеличения дозы потребляемого алкоголя возникают преходящие интоксикационные расстройства – утомляемость, эмоциональная лабильность, ухудшение сна. Но на данном этапе еще сохраняется контроль за количеством потребляемого алкоголя. Согласно МКБ-10, данное состояние обозначается как «Пагубное (или неоднократное) употребление ПАВ с вредными последствиями». Оно не является сформированным синдромом зависимости от алкоголя, но содержит в себе его фрагменты.

Признаки начальной (первой) стадии.

1. Повышение толерантности – самый ранний и наиболее распространенный признак привыкания к алкоголю и формирования болезни.
2. Формирование патологического влечения к алкоголю. Влечение к алкоголю может быть выражено то более, то менее отчетливо. Нередко оно имеет навязчивый характер, вступая в конфликт с позитивными социальными установками сохранной личности, либо побуждает поднять настроение, успокоиться, забыть о проблемах. Со временем потребление алкоголя превращается в преобладающий жизненный интерес. Влечение к нему облекается в психологически понятные и по-своему аргументированные суждения о необходимости и неизбежности приема спиртного. На этом этапе заболевания у больного еще не сложилась внутренняя картина болезни как страдания, в связи с чем он не видит причин отказываться от алкоголя и не хочет препятствовать своей тяге к алкоголю. Характерна утрата количественного и ситуационного контроля над потреблением алкоголя: после первой порции спиртного резко усиливается желание выпить еще (вторичное патологическое влечение), появляется своеобразная ненасытность, нетерпеливость в приеме очередной дозы, больной не следит за своим состоянием и неизменно доводит себя до тяжелого опьянения («жадность к алкоголю»). Возникающие наутро постинтоксикационные (похмельные) явления не сопровождаются влечением к алкоголю. Потеря меры и контроля за своим состоянием при употреблении алкоголя проявляется даже после многих лет воздержания от алкоголя, чем и обусловлена невозможность перейти к «умеренному» употреблению алкоголя после лечения и

воздержания, а всякая попытка возобновить употребление спиртных напитков неминуемо ведет к рецидиву алкоголизма.

3. *Изменение характера опьянения.* Появляются запечатывания событий, происходивших во время опьянения, особенно при употреблении максимальных для данного больного доз алкоголя. Опьянение уже в легкой, но особенно в средней степени может сопровождаться злобностью, агрессивностью, драчливостью.

Таким образом, для начальной стадии алкоголизма характерны: снижение работоспособности, особенно умственной, повышенная утомляемость, поверхностный сон, затрудненное засыпание, ранние пробуждения, эмоциональная лабильность, колебания АД, тягостные ощущения в области сердца, чувство тяжести в голове, ослабление памяти и внимания, исчезновение интереса к творческому труду, шаблонизация деятельности. Все чаще проявляются легкомыслие, снижение чувства долга, необязательность, пренебрежение своими обязанностями.

На развернутой (второй) стадии формируются основные симптомы заболевания.

К вышеназванной симптоматике присоединяются:

1. *Алкогольный абстинентный синдром (ААС)* – субъективно тягостное состояние разбитости, астении, чувство дискомфорта, дисфорические расстройства, головная боль, головокружение, потливость, тошнота, диспептические нарушения, тремор и др. в сочетании с сильным влечением к алкоголю. Он развивается исподволь, постепенно, не сразу. На первых этапах становления абстинентного синдрома потребность в приеме спиртного с целью облегчить свое состояние («опохмеление») возникает только после употребления больших доз алкоголя, в дальнейшем – после каждого алкогольного эксцесса. В последующем присоединяются и психические нарушения: больной мучается бессонницей, развивается тревога, он не может найти себе места, могут возникать вспышки раздражительности и злости.

В динамике болезни синдром отмены утяжеляется и усложняется: присоединяются судорожные припадки, психозы (чаще всего – алкогольный делирий), обратимые психоорганические расстройства.

ААС возникает в пределах от 6 до 48 часов после последнего употребления спиртного и длится от 2 дней до 2 недель, в среднем 3-5 суток.

Постабстинентное состояние возникает после нивелирования алкогольного абстинентного синдрома, проявляется психопатологическими расстройствами: общей слабостью, недомоганием, сниженным настроением, депрессивными расстройствами, порой устрашающими или тревожными сновидениями, влечением к алкоголю. Длительность постабстинентного состояния – 2-3 недели.

2. Толерантность к алкоголю (см. выше) превышает исходную в 5-6 раз

3. Патологическое влечение к алкоголю (ПВА) утрачивает связь с психологически понятными мотивами, (см. выше), при этом оно является дискретным, т.е. может наличествовать или отсутствовать, быть сильным или слабым, иметь разные клинические проявления, т.е. доминировать среди мотивов поведения или, наоборот, вызывать у больного внутреннее сопротивление. В периоды обострений влечения, особенно резких и интенсивных, т.е. аффективно насыщенных и отличающихся от фоновых оно приобретает явную психопатологическую окраску сближающую его с обсессивно-компульсивными, сверхценно-паранойальными, пароксизмальными и психопатоподобными расстройствами, на фасаде которых – аффективные нарушения. Для обсессивно-компульсивного варианта патологического влечения к алкоголю более всего характерно переживание его чуждости важнейшим интересам больного, что сопровождается внутренней борьбой и напряженностью, попытками противостоять соблазну, обращениями за помощью. Сверхценно-паранойальный вариант характеризуется стремлением больного обосновать свое «право» и неизбежность употребления спиртного, оспариванием очевидных свидетельств тяжелого вреда, причиняемого алкоголем его здоровью и судьбе, борьбой и конфликтами с лицами, добивающимися от него трезвости, сопротивлением лечению («воинствующий алкоголизм»). Пароксизмальный вариант влечения к алкоголю – это внезапный, без предвестников, на фоне предшествовавшего благополучия, необъяснимый для самого больного, т.е. по типу «короткого замыкания», рецидив интенсивного злоупотребления алкоголем; в таких случаях поступок больного как бы опережает принятие решения.

4. Постоянное, перемежающееся и запойное пьянство – проявления болезни, отражающие её патогенетические механизмы и динамические особенности влечения к алкоголю.

Постоянная форма характеризуется длительным, продолжающимся недели и месяцы злоупотреблением алкоголем. Перерывы редки, кратковременны (не более 2-3 дней) и, как правило, обусловлены особыми обстоятельствами (к ним не относятся соматические заболевания) (например, тяжелой или сменной работой и т.д.).

Перемежающаяся форма – на фоне многонедельного или многомесячного пьянства возникают периоды его резкого усиления, что проявляется увеличением в 2-3 раза дозы потребляемого алкоголя. В конце такого «запоя» могут быть короткие (1 – 3 дня) перерывы в употреблении спиртного, связанные, с истощением организма и непереносимостью спиртных напитков, когда больной испытывает отвращение к ним, тошноту, возникают рвота, жидкий стул, отеки, перебои в работе сердца, слабость.

Затем выраженность этих явлений уменьшается и наступает период, когда больной пьет относительно умеренно, т.е. сохраняет способность обслуживать себя, контактировать с окружающими, совершать необходимые действия; в дальнейшем вновь следует «запой», подобный описанному выше.

Запойная форма – регулярно повторяющиеся периоды ежедневного, на протяжении нескольких дней или недель, злоупотребления алкоголем, чередующиеся с периодами трезвости. Различаются истинные и ложные запои. Истинные запои возникают аутохтонно, в определенном для конкретного больного ритме, с разной длительностью – от 7-10 дней до нескольких недель – и заканчиваются спонтанно, при явлениях тяжелой интоксикации. Началу истинного запоя предшествуют продромальные явления в форме депрессивно-дисфорических нарушений, а периоды последующей трезвости (интермиссии) характеризуются полным отсутствием влечения к алкоголю, которое не возобновляется даже при эпизодах употребления спиртного и не сопровождается в этих случаях «опохмелением». Ложные запои отличаются тем, что их начало и прекращение внешне выглядят как результат жизненных обстоятельств (встречи, выходные дни, неприятности либо отсутствие денег, грозящие репрессии и т.п.). Лишь впоследствии, при тщательном расспросе больной признает, что к началу очередного запоя он «созрел», у него накопилась «душевная усталость», когда любого повода достаточно для приема спиртного; иными словами, при псевдозапоях внешние обстоятельства лишь маскируют периодически нарастающее или ослабевающее патологическое влечение к алкоголю, т.е. различия между истинными и ложными запоями не являются абсолютными.

5. Изменения личности (алкогольная деградация). Уже во второй стадии проявляются черты «нравственного огрубения» - притупление высших эмоций (чувства совести, долга, заботы, сострадания и т.п.) и усиление низших (эгоизм, раздражительность, любовь к наслаждениям, паразитические тенденции и проч.). Происходит заострение преморбидных черт характера. Становится заметным интеллектуально-мнестическое снижение: ухудшается внимание, снижается способность запоминать, приобретение новых знаний и навыков затруднительно. Появляются «палимпсесты» - выпадение из памяти («запамятование») определенных событий в период опьянения.

Конечная (третья) стадия. Наступает общее одряхление, аналогичное преждевременному старению - ухудшение функций всех органов и систем, интеллектуальная беспомощность, достигающая степени алкогольного слабоумия, безразличие к судьбе, утрата родственных чувств, социальных связей, импульса к труду, санитарная запущенность, попрошайничество, паразитический образ жизни.

Переносимость алкоголя резко снижается, опьянение возникает уже после небольшого количества спиртного (снижение толерантности). Больной постоянно находится в опьянении, его рунированная личность не является препятствием тяге к алкоголю, которая, как правило, в 3-й стадии болезни ослабевает и теряет прежнюю активность. При этом абстинентная симптоматика смазана; если же происходит полное отнятие алкоголя, абстинентный синдром протекает очень тяжело и включает психопатологические нарушения – страх, идеи отношения, виновности, отдельные иллюзорные и галлюцинаторные расстройства, эпилептиформные припадки. Развиваются психозы, особенно хронические (длительные, затяжные) формы. Тяжелая и разнообразная соматическая патология (цирроз печени, миокардиодистрофия, пневмосклероз и др.) служит причиной преждевременной смерти, но в то же время, при сочетании с характерным для 3-й стадии ослаблением влечения к алкоголю, может быть эгоцентрическим мотивом формирования длительной ремиссии.

2.2. Физикальное обследование

Несмотря на то, что данные физикального обследования не являются специфическими при синдроме зависимости, тем не менее, тщательное медицинское обследование является дополнительным и подтверждающим к клинической диагностике, позволяет определить клинико-динамические особенности заболевания и создать ориентиры в определении тяжести состояния. Например, для второй стадии алкоголизма характерны сомато-вегетативные нарушения в виде повышенного артериального давления (АД), его частых колебаний, аритмии, изменение частоты сердечных сокращений (ЧСС) и частоты дыхательных движений (ЧДД) возможны неврологические расстройства в виде преходящего тремора, нистагма. В третьей же стадии неврологические нарушения уже явные: выраженный тремор, нарушения походки, атаксия, нарушения чувствительности, другие проявления периферической полинейропатии. То же самое относится и к соматическим проявлениям заболевания: увеличение размеров печени, ее болезненность вполне могут быть признаками ХАИ.

- Рекомендуется обследование соматического состояния: определение состояния кожных покровов, инъекированности склер, мышечного тонуса, пальпация и перкуссия печени, почек, аускультация сердца, измерение АД, ЧСС, ЧДД [1, 7, 8, 9, 10].

Уровень GPP

- Рекомендуется обследование неврологического состояния: определение реакции зрачков, нистагма, тремора, состояния периферической нервной системы (тактильная и болевая чувствительность), статической и динамической координации [1, 7, 8, 9, 10].

Уровень GPP

2.3. Лабораторная диагностика

При установлении диагноза СЗ наиболее важна клиническая диагностика: правильность сбора анамнестических данных и оценка психического статуса играют первостепенную роль. Необходимость в лабораторной диагностике возникает в случаях затруднения определения ПАВ по клинической картине, при проведении дифференциального диагноза, для подтверждения состояния хронической интоксикации ПАВ. Проведение лабораторной диагностики более востребовано при уточнении абстинентного состояния.

Следует понимать, что отсутствие состояния опьянения или синдрома отмены при повышенных уровнях биомаркеров является проявлением хронической интоксикации и толерантности.

Лабораторные биомаркеры отражают факт потребления алкоголя, но не позволяют установить диагноз «Синдром зависимости». С другой стороны, являются важным объективным показателем в дополнение к классической клинической диагностике.

Биомаркеры злоупотребления алкоголем можно разделить на прямые и непрямые [1, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

К непрямым биомаркерам относятся: аспаратаминотрансфераза (АсАТ), аланинаминотрансфераза (АлАТ), гамма-глутамилтрансфераза (гамма-ГТ), средний объем эритроцитов (МСV), углевод-дефицитный трансферрин (CDT, УДТ), некоторые другие. К прямым биомаркерам относятся этанол и продукты его метаболизма: этилглиукуронид, ацетальдегид, этиловые эфиры жирных кислот, этилсульфат и фосфатидилэтанол.

Большинство биомаркеров (гамма-ГТ, АсАт, этанол и его метаболиты, в меньшей степени – АлАт) имеют значение для определения состояния опьянения или недавнего употребления алкоголя (см. клинические рекомендации «Синдром отмены алкоголя»). Для подтверждения диагноза «алкогольная зависимость» значение имеют лишь некоторые [1, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

- Рекомендуется определение среднего объема эритроцитов (MCV) [1, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии: *Размер эритроцитов не изменяется вслед за недавним (в течение последнего месяца) алкогольным эксцессом. Для изменения среднего объема эритроцитов требуется длительное ежедневное употребление спиртных напитков в дозе, эквивалентной 60 г чистого этанола. Чувствительность теста – не менее 50%. Его специфичность довольно высока (90%), поскольку у людей, не употребляющих спиртных напитков или пьющих в социально приемлемых нормах, редко обнаруживают высокие значения MCV. Если употребление алкоголя прекращено, то уровень MCV к норме приходит медленно – в течение не менее 4 месяцев. Это позволяет использовать данный показатель не только как маркер хронической алкогольной интоксикации, но и для подтверждения ремиссии (правда, следует иметь в виду, что разовое употребление алкоголя в динамике ремиссии вряд ли приведет к резким изменениям MCV). Комбинация высокой чувствительности и специфичности теста позволяет идентифицировать больных алкогольной зависимостью с точностью до 96% [1]. Показатель среднего объема эритроцитов зависит от возраста пациента, так как норма у каждой возрастной группы индивидуальна. Единицы измерения - фемтолитры. Для взрослых пациентов норма находится в пределах 80-100 фемтолитров. Соотношение АсАТ/АлАТ и MCV часто используются в клинической практике для выявления злоупотребления алкоголем.*

- Рекомендуется определение концентрации углеводов-дефицитного трансферрина (CDT) [1, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии: *Ежедневный приём алкоголя в дозе, превышающей 60 г этанола, в течение, по меньшей мере, недели сопровождается заметным повышением уровня CDT в плазме крови. В зарубежных исследованиях показано, что потребление алкоголя выше 50-80 г/сут в течение 2-3 недель появляется увеличением концентрации в сыворотке CDT [14,*

15]. В исследованиях, проведенных в России, было показано, что среднее значение концентрации CDT у здоровых добровольцев мужчин составило $17,4 \pm 1,3$ Ед/л, в группе здоровых женщин - $22,2 \pm 0,8$ Ед/л, а у больных алкогольной зависимостью при поступлении на стационарное лечение - $38,6 \pm 3,8$ Ед/л. На основании результатов определения CDT, полученных в России и других странах [14, 15, 16], исследователи рекомендуют использовать указанный тест для определения злоупотребления спиртными напитками, для диагностики абстинентного синдрома, при наблюдении за больными алкогольной зависимостью в процессе лечения и для контроля качества ремиссии [1].

В качестве скрининга для алкогольной зависимости, чувствительность/специфичность CDT, как правило, выше, чем АсАТ, АлАТ, гамма-ГТ или МСV [13, 14, 16]. CDT более чувствителен у мужчин, нежели у женщин [17].

Некоторые исследования показывают, что использование в комбинации биомаркеров АсАТ, гамма-ГТ и CDT является наиболее эффективным в качестве скринингового метода [17]. Сочетанное использование гамма-ГТ и CDT показывает более высокую диагностическую чувствительность/специфичность, а также более сильную корреляцию с фактическими объемами потребления алкоголя [14, 15]. Этот подход является экономически эффективным, легок в применении, что делает его пригодным для рутинной клинической практики [14].

Другие непрямые маркеры употребления алкоголя, такие как сывороточные сиаловые кислоты, 5-гидрокситриптофол, N-ацетил-бета-гексозамидаза, плазматический сиаловый индекс аполипопротеина J и салсоинол, в настоящее время активно изучаются [1, 13, 18], однако в клинической практике пока широко не используются.

- Рекомендуется выполнить анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ мочи общий [1, 8]

Уровень GPP

Комментарии: Выполнение данных анализов важно не столько для выявления состояния хронической алкогольной интоксикации или постановки диагноза «алкогольная зависимость», сколько для определения статуса общего соматического здоровья, исключения возможных острых состояний, требующих оказания специализированной медицинской помощи в первую очередь, а также для контроля возможных осложнений.

2.4. Инструментальная диагностика

Возможности использования инструментальной диагностики при СЗ ограничены, так как отсутствуют специфические физикальные и лабораторные признаки, характерные для заболевания. Инструментальные методы проводятся по клиническим показаниям.

Хроническая интоксикация ПАВ пагубно влияет на ЦНС, сердечно-сосудистую систему, сопряжена с развитием множества сопутствующих заболеваний соматической сферы, поэтому может быть полезным проведение следующих исследований: ультразвуковое исследование внутренних органов (УЗИ), электроэнцефалография (ЭЭГ), эхоэнцефалография (Эхо-ЭГ), электрокардиография (ЭКГ), рентгенография (Rg) черепа, легких и др.

- Рекомендуется исследование ЭКГ с расшифровкой, описанием, интерпретацией данных [1, 8, 9, 10].

Уровень GPP

2.5. Иные методы диагностики

Иные методы диагностики назначаются специалистами, исходя из конкретной клинической ситуации, в соответствии с показаниями.

3. Лечение

3.1. Общие вопросы лечения синдрома зависимости от алкоголя

Терапия синдрома зависимости – процесс многоэтапный, комплексный, индивидуальный и длительный. Зависимость от ПАВ является хроническим заболеванием, течение носит рецидивирующий характер, поэтому длительная поддерживающая терапия обязательна. Она может осуществляться в течение нескольких лет. Решение о коррекции поддерживающей терапии СЗ принимается индивидуально с учетом актуального состояния пациента, выраженности влечения к ПАВ, а также коморбидной патологии (расстройства личности, эндогенное заболевание, экзогенно-органическое заболевание и пр.), если таковая имеется.

Терапия СЗ может осуществляться в стационарных и амбулаторных условиях. Между стационарным и амбулаторным звеном наркологической помощи существует преемственность.

В стационарных условиях курс лечения составляет в среднем до 20-21 дня (как правило, 2,5-3 недели). Это этап противорецидивной терапии.

В амбулаторных условиях курс лечения составляет в среднем до 90 дней (как правило, 2,5-3 месяца). Это этап стабилизирующей терапии.

Ориентировочными клиническими критериями для **лечения в стационарных условиях** могут являться:

1. показатели тяжести течения заболевания: средняя или высокая степень прогрессивности заболевания; постоянная или перемежающаяся форма употребления ПАВ; высокая толерантность к ПАВ. Эти признаки с высокой степенью вероятности предполагают развитие обострений хронических заболеваний и выраженные психопатологические расстройства не только в остром, но и в подостром состоянии;

2. тяжело и/или длительно протекавший абстинентный синдром;

3. синдром зависимости, сопровождающийся клинически выраженными соматическими и неврологическими осложнениями;

4. выраженное влечение к ПАВ: безудержное, непреодолимое;

5. снижение критических способностей и низкая мотивация больного на поддержание трезвого образа жизни;

6. кратковременные, нестойкие ремиссии или их отсутствие в анамнезе.

В других, клинически более благоприятных ситуациях, лечение может проводиться в амбулаторных условиях.

Любое фармакологическое вмешательство преследует определенные задачи, имеет определенную тактику и предполагает оценку его эффективности.

Задачи терапии:

1 – профилактика рецидивов и поддержание ремиссии (трезвого состояния);

2 – купирование синдрома патологического влечения для обеспечения возможности проведения психотерапии и реабилитации;

3 – предотвращение развития осложнений употребления ПАВ (терапия соматоневрологических последствий хронической интоксикации, проводится по показаниям)

4 – купирование иных психопатологических расстройств, если таковые имеют место быть (например, наличие коморбидной патологии)

Тактика терапии: проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения

Критерий эффективности лечения: стабилизация психофизического состояния больного

3.2. Частные вопросы лечения синдрома зависимости от алкоголя.

3.2.1. Блокаторы опиатных рецепторов

К настоящему времени существует, по крайней мере, три гипотезы патогенеза алкоголизма, в которых ведущая роль отдается опиоидергической системе. Первая – гипотеза опиоидной избыточности. Она предполагает биологическую предрасположенность к избыточному потреблению алкоголя, а также зависимость данного феномена от повышенной активности эндогенной опиоидной системы. При употреблении алкоголя происходит активация этой системы, что, в свою очередь, определяющим образом влияет на избыточное потребление алкоголя. Вторая гипотеза рассматривает возможность т.н. опиоидной компенсации. Данная гипотеза также предполагает биологическую детерминированность алкоголизма, но уточняет, что связана она с недостаточной активностью эндогенной опиоидной системы. В результате этого алкоголь компенсирует дефицитарность системы опиоидов, что также в конечном итоге приводит к чрезмерному потреблению алкоголя. Третья гипотеза опиоидной чувствительности к алкоголю предполагает, что исходно низкий или высокий уровень эндогенной опиоидной активности не связан с потреблением алкоголя. Развитие зависимости происходит за счет повышения активности данной системы, возникающей при приеме алкоголя и формирования положительного подкрепляющего эффекта приема алкоголя, что опять же, в конечном итоге приводит к его чрезмерному потреблению.

Основные эффекты налтрексона при лечении больных алкогольной зависимостью:

1 – налтрексон уменьшает вызываемую алкоголем эйфорию, 2 – как следствие этого, ослабевает влечение к алкоголю, 3 – под действием налтрексона происходит уменьшение потребления алкоголя и 4 – снижается частота рецидивов.

- Рекомендуется назначение блокаторов опиатных рецепторов длительного действия – налтрексона** [19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии:

*Эффективность использования блокаторов опиатных рецепторов при лечении зависимости от алкоголя уже не оспаривается исследователями и практиками: налтрексон** показал свою эффективность во многих рандомизированных контролируемых исследованиях [19, 20, 21].*

Большинство этих исследований показывают, что блокаторы опиатных рецепторов снижают эйфоризирующий эффект алкоголя и избирательно влияют на патологическое влечение к алкоголю [21].

Особенно высока эффективность терапии блокаторами при их комплексном использовании с психотерапией [22, 23]. В 12-недельном плацебо-контролируемом рандомизированном клиническом испытании налтрексон** назначался в дозе 50 мг/сутки 70 мужчинам с алкогольной зависимостью, проходившим амбулаторный курс психотерапии. В группе больных, принимавших налтрексон**, по сравнению с группой, получавшей плацебо, реже фиксировались случаи приема алкоголя (4% по сравнению с 14% количества дней исследования) и в дальнейшем реже (соответственно 23% и 54%) возобновлялось «тяжелое» употребление алкоголя (определяемое как потребление в течение дня не менее пяти стандартных доз алкоголя) [20].

В двойном слепом исследовании в группе больных из 97 мужчин и женщин с алкогольной зависимостью, которые проходили 12-недельный курс психотерапии (при этом для части пациентов психотерапия была направлена на укрепление индивидуальных навыков приспособления и предотвращение срыва, а другая часть пациентов проходила поддерживающую психотерапию), назначался налтрексон** (50 мг/сутки) или плацебо. В группе больных, принимавших налтрексон**, уровень употребления алкоголя был значительно ниже, а процент больных, воздерживавшихся от алкоголя, был выше, чем в группе, получавшей плацебо [22]. «Тяжелое» употребление алкоголя возобновилось менее чем у половины больных в группе, принимавшей налтрексон**, по сравнению с 80% больных в группе, получавшей плацебо. Применение налтрексона** было наиболее эффективным у больных, которые при включении в исследование сообщили о выраженном влечении к алкоголю («тяге») [24].

Отечественный опыт показал, что повысить эффективность лечебных программ помогает комплексный подход к терапии, и использование в первую очередь тех лекарственных средств, которые направлены на снижение патологического влечения к алкоголю, что, в свою очередь, повышает мотивацию на поддержание трезвого образа жизни, длительное лечение и длительный прием поддерживающей терапии [25].

Решить наиболее сложные проблемы поддержания комплайенса и удержания пациента в терапевтической программе позволяют пролонгированные формы налтрексона**.

Налтрексон** с длительным высвобождением (*extended-release naltrexone*) – форма налтрексона**, предназначенная для внутримышечного введения. Препарат вводится раз в месяц, длительность его действия составляет 4 недели. Препарат имеет относительно

плавный фармакокинетический профиль с небольшими флюктуациями в течение дня или без них [26].

*До настоящего времени было проведено уже сравнительно много рандомизированных контролируемых исследований формы налтрексона** с длительным высвобождением [27, 28, 29]. Первое базовое исследование было проведено в период 2002–2003 гг. в США [30]. Данное исследование являлось двойным слепым плацебо контролируемым, и включало одну из самых больших групп больных алкогольной зависимостью, когда-либо получавших подобное лечение в рамках одной научной работы – 627 пациентов. Наиболее важными клиническими наблюдениями являются следующие. У пациентов, получавших лечение налтрексоном** с длительным высвобождением, отмечалось выраженное снижение количества эпизодов злоупотребления алкоголем по сравнению с получавшими плацебо – более, чем на 25%. В соответствии с отмеченным снижением количества эпизодов злоупотребления алкоголем было выявлено и снижение уровня гамма-ГТ на 15%. Это является понятным и закономерным фактом: отсутствие (или снижение) постоянной интоксикации алкоголем благотворно сказывается на здоровье (физическом функционировании) пациента.*

*Побочные эффекты имели место как минимум у 10% пациентов, получавших длительно действующий налтрексон**. Наиболее частыми среди них были тошнота, головная боль и слабость. Примерно в 95% случаев тошнота была слабой, кроме того, подавляющее большинство подобных эпизодов были отмечены в течение первого месяца лечения. В месте инъекции часть пациентов отмечала болезненность.*

При проведении расширенного исследования препарата на той же выборке больных [31, 32], которое продолжалось более 12 месяцев, было сделано заключение, что продолжительность эффекта лечения превышает период приема препарата. Важно отметить, что пациенты, которые в основном (первом) исследовании получали психосоциальную поддержку и плацебо, в данном исследовании начинали получать психосоциальную поддержку и препарат, при этом, у них отмечалось снижение количества рецидивов и запоев.

*Продолжительность лечения – от 3 до 6 месяцев, после чего решается вопрос о возможном продлении приема препарата. Полное воздержание от алкоголя является целью лечения налтрексоном**, но его не следует выдвигать в качестве безусловного требования; если больной согласен лечиться, но продолжает периодически выпивать, это не означает, что лечение надо прекратить: некоторые больные, особенно на первых порах, реагируют на налтрексон** не прекращением, а лишь сокращением приема алкоголя.*

*Абсолютными противопоказаниями к назначению налтрексона** являются печеночная недостаточность и острый гепатит. Относительные противопоказания – повышенный уровень билирубина, беременность, грудное кормление, подростковый возраст. В таких случаях решение принимает врач с оценкой ситуации по принципу «риск-польза».*

3.2.2. Сенсibiliзирующие средства

Сенсibiliзирующие средства в терапии алкоголизма до настоящего времени остаются препаратами выбора на этапе формирования ремиссии. Сенсibiliзирующая терапия была внедрена в медицинскую практику в середине XX столетия с целью профилактики возобновления употребления алкоголя зависимыми больными. Суть сенсibiliзирующей терапии основана на применении средств, резко повышающих чувствительность организма к спиртным напиткам. К ним относятся дисульфирам, цианамид, метронидазол и некоторые другие лекарственные средства (ЛС). Все они в той или иной мере создают физическую непереносимость алкоголя, связанную с нарушением его метаболизма и с появлением в крови токсичных продуктов его неполного распада, образующих «химическое препятствие» («метаболическую блокаду») дальнейшему потреблению спиртного. В тех случаях, когда больной имеет внутреннюю установку на трезвость и внешний социальный контроль, при отсутствии противопоказаний, сенсibiliзирующие ЛС оказывают существенную помощь для становления и поддержания ремиссии.

- Рекомендуется назначение дисульфирама [35, 36, 41, 42, 46, 47, 48, 49, 50].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии:

Дисульфирам используется в мировой клинической практике уже более 60 лет. Этот факт, хоть и опосредованно, но свидетельствует о том, что эффективность сенсibiliзирующей терапии сложно подвергнуть каким-либо сомнениям. Воздержание от приема алкоголя является наиболее строгим критерием эффективности, однако и сокращение употребления алкоголя может также привести к снижению болезненности, связанной со злоупотреблением алкоголя.

Дисульфирам превращается в организме в N,N-диэтилдитиокарбаминую кислоту, блокирующую ионы металлов и сульфгидрильные группы ферментов,

участвующих в биотрансформации этанола [37]. К этим ферментам относится альдегиддегидрогеназа (АЛДГ), которая способствует превращению токсичного ацетальдегида в нетоксичные углекислый газ и воду. Поэтому при применении дисульфирама употребление этанола становится физически невозможным из-за возникновения крайне неприятных, угрожающих здоровью состояний, связанных с накоплением ацетальдегида. Таким образом, образуется "химическая защита", противодействующая дальнейшему приему спиртного. Через 5-10 минут после употребления алкоголя у больных, принимающих дисульфирам, появляется чувство жара, затем гиперемия лица и тела, вызванные расширением сосудов. Все это сопровождается пульсирующей головной болью, потливостью, сухостью во рту, тошнотой, рвотой, головокружением и слабостью. В более тяжелых случаях возможны боли в груди, одышка, выраженная гипотензия и спутанность сознания. Зарегистрированы случаи смерти в результате приема более 500 мг (иногда меньше) дисульфирама [38]. Описаны случаи передозировки дисульфирама, проявляющейся делирием с выраженными галлюцинациями, тахикардией и гипертензией. После исчезновения симптомов больные, как правило, чувствуют истощение и засыпают, после чего полностью приходят в себя. Дисульфирам-алкогольная реакция длится от получаса до 2 часов. Продолжительность и выраженность симптомов зависит как от дозы дисульфирама, так и от количества потребленного алкоголя. Пороговый уровень алкоголя, достаточного для наступления реакции, эквивалентен приблизительно 7 мл 100% этилового спирта. Существуют данные, что для развития дисульфирам-алкогольной реакции достаточно 5 г алкоголя [39]. После приема дисульфирама повышенная чувствительность к этанолу сохраняется в течение 6-14 дней, в течение которых синтезируется достаточное количество новых молекул АЛДГ.

Дисульфирам назначается только после купирования алкогольного абстинентного синдрома, то есть, необходимо проведение дезинтоксикационных мероприятий. Обычно препарат принимают по 250 мг/сутки по утрам, когда легче воздерживаться от употребления алкоголя. Если препарат вызывает сонливость, лучше принимать его на ночь. Наиболее безопасная и эффективная доза препарата не установлена. Дозы, превышающие 250 мг, вызывают тяжелые побочные эффекты. Назначение таких доз нецелесообразно. Дозы могут уменьшаться до 100 мг, если побочные эффекты не позволяют использовать более высокие дозы. После того как доза подобрана, необходимо строго соблюдать режим приема препарата. Каждые 3-6 месяцев следует проводить общий анализ крови и оценивать функцию печени. Поскольку дисульфирам обладает тератогенным эффектом, его не следует назначать беременным женщинам [37].

Наиболее показательным в отношении оценки эффективности действия дисульфирама является контролируемое ослепленное многоцентровое исследование, проведенное Fuller R.K. et al, (1986) [40]. В этом самом крупном исследовании участвовало 605 мужчин, которые в случайном порядке были распределены в три группы, одна из которых (202 человека) получала 250 мг дисульфирама, вторая группа (204 человека) получала 1 мг дисульфирама (фармакологически неактивная доза), а в третьей группе проводилось психосоциальное консультирование (199 человек) без приема Дисульфирама. Оценка состояния пациентов проводилась раз в два месяца, исследование длилось 1 год. Для подтверждения отчетов пациентов использовались опрос родственников (или близкого окружения), анализы крови и мочи на содержание этанола. В целом не было значительных различий между группами в длительности полного воздержания от алкоголя. Однако в группе, получавшей 250 мг дисульфирама было значительно меньше количества дней употребления алкоголя («пьяных дней»): (49,0 +/-8,4) в сравнении с 1-мг дисульфирама (75,4 +/-11,9) или отсутствия дисульфирама (86,5 +/-13,6). Авторы сделали вывод, что дисульфирам является эффективным ЛС в отношении снижения частоты пиятия после рецидива, но не улучшает и не способствует поддержке абсолютного воздержания от алкоголя. Таким образом, результаты данного исследования нуждаются в корректном анализе.

Несмотря на различия в результатах клинических исследований, тем не менее, ведущими национальными ассоциациями, занимающимися проблемами зависимости, дисульфирам рекомендуется для применения в терапии алкоголизма [41]. Подчеркнем, что наиболее эффективным является комплексный подход: сочетание лекарственной терапии и бихевиоральных подходов.

Результаты крупных многоцентровых и рандомизированных контролируемых исследований указали на ограниченную «полезность» дисульфирама, связанную с несоблюдением комплайенса больными. И только осуществление контроля за приемом препарата и психотерапевтическое воздействие позволяют в значительной степени повысить эффективность терапии [42]. С целью улучшить соблюдение режима терапии (комплаенса) была разработана форма имплант дисульфирама. Однако имплантаты не привели к желаемым результатам во многом из-за неспособности поддерживать адекватную постоянную дозировку дисульфирама в организме [42, 43, 44, 45].

Препарат до сих пор успешно используется в лечении хронического алкоголизма во многих странах [36, 39, 42, 46, 47, 48, 49, 50].

- Рекомендуется назначение цианамид в качестве альтернативы терапии дисульфирамом [51, 52, 53, 54, 55, 56].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

Цианамид также относится к ЛС, механизм действия которых связан с блокадой АДДГ. По данным сравнительных исследований, цианамид имеет более благоприятный профиль безопасности по сравнению с дисульфирамом.

Цианамид назначают в дозе от 12 до 24 капель (36-75 мг) в день. Цианамид более специфический препарат по механизму действия, так как влияет только на ацетальдегиддегидрогеназу (дисульфирам, помимо этого механизма, еще блокирует β -дофамингидроксилазу) Курс лечения длительный – 3-6 месяцев и более.

- Рекомендуется назначение метронидазола в качестве альтернативы терапии дисульфирамом [1, 7, 8, 9, 10].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии:

Метронидазол, также используемый в качестве средства "сенсбилизации" к алкоголю, менее токсичен, чем дисульфирам, и потому не требует особых предосторожностей. Его назначают по 0,75 г 3 раза в день в течение 2-3 недель.

3.2.3. Другие лекарственные средства

Антидепрессанты

Применение антидепрессантов показано при наличии аффективных (депрессивных) расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ: тревожно-депрессивных, астено-депрессивных состояний, сопровождающихся моторной и идеаторной заторможенностью, снижением побудительной активности, а также других аффективных нарушений легкой и умеренной степени выраженности с преобладанием тревоги.

Механизм антикрейвингового действия антидепрессантов связан со сложным влиянием на серотонинергическую и дофаминергическую нейротрансмиссию.

Антидепрессанты применяются, преимущественно, на этапе подострых нарушений и формирования ремиссии. Использование антидепрессантов в ААС возможно при наличии

показаний, но антидепрессанты с наличием холинолитического действия не применяются категорически, так как повышается вероятность развития холинолитического делирия. При выраженных депрессивных нарушениях, расстройствах сна предпочтение отдается селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективным ингибиторам обратного захвата серотонина, норадреналина (СИОЗСН), как лекарственным средствам с высокой безопасностью.

- Рекомендуется назначение антидепрессантов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина/серотонина и норадреналина при наличии аффективных (депрессивных) расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ, а также при коморбидной аффективной патологии неалкогольного генеза [1, 9, 57, 58, 59, 60].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

В случае использования антидепрессантов имеется в виду, что чаще всего речь идет о купировании синдрома патологического влечения с депрессивной симптоматикой в его структуре. Другим показанием служит самостоятельная, т.е. коморбидная, психопатология депрессивного спектра. Дифференцировать эти состояния возможно лишь на основе строго синдромального подхода и при условии принципиального допущения такой возможности. Имеются, в частности, свидетельства того, что эффект редукации влечения к ПАВ возникает уже в первые несколько дней приема антидепрессантов, подчас за 1-1,5 недели до того, как развивается их антидепрессивное действие. Иными словами, подавление патологического влечения к ПАВ может быть вполне самостоятельным их свойством, наряду с основным – антидепрессивным. Назначаемые дозы препаратов соответствуют средним терапевтическим, указанным в инструкции.

Антиконвульсанты

Антиконвульсанты (в частности, карбамазепин**, ламотриджин, вальпроевая кислота**, фенитоин**), как правило, применяются на этапе противорецидивной и стабилизирующей терапии с целью купирования обострений и дальнейшей терапии патологического влечения к ПАВ. Эти ЛС в рекомендованных дозах редко вызывают побочные эффекты, но следует учитывать возможность индивидуальной непереносимости препаратов и токсических влияний на кровь.

Патогенетическим обоснованием использования антиконвульсантов для подавления первичного патологического влечения к алкоголю может служить концепция «киндлинга» (буквально – «разжигание»), сформулированная G. Goddard с соавторами в 1969 году. В применении к алкогольной зависимости (Альтшулер В.Б., 1994), она сводится к возникновению эпилептиформной активности в лимбических структурах мозга после повторных алкогольных эксцессов; сначала эта активность имеет временный характер, а затем стабилизируется («хронический эпилептогенез»). Сама ее локализация становится причиной разнообразной психической патологии, окрашенной эмоциональными и вегетативными нарушениями. На первых порах явление «киндлинга» рассматривалось как патогенетический механизм алкогольного абстинентного синдрома и алкогольной эпилепсии; в дальнейшем же распространилось мнение о прямой связи этого явления с первичным патологическим влечением к алкоголю. Предложение использовать карбамазепин и соли вальпроевой кислоты для подавления первичного патологического влечения к алкоголю связано с тем, что противосудорожное действие этих препаратов локализуется преимущественно в лимбических структурах мозга (тем же, по-видимому, объясняется их терапевтическая эффективность по отношению к различной эмоциональной патологии).

Не противоречит данной теории также и еще одна, связанная с нормотимическим действием антиконвульсантов. Нормотимический эффект этих средств связан с воздействием на ГАМК-ергическую систему: высокие дозы карбамазепина, солей вальпроевой кислоты снижают метаболизм ГАМК в головном мозге. ГАМК же, в свою очередь, является пресинаптическим модулятором дофаминергических нейронов, вызывая снижение концентрации дофамина в пресинаптических образованиях.

- Рекомендуется назначение антиконвульсантов при резких, аффективно насыщенных обострениях патологического влечения к алкоголю [1, 61, 62, 63].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии:

*Дозы карбамазепина** – 0,2-0,6 в сутки, вальпроевой кислоты** – 0,3-0,9 в сутки, фенитоина** – 0,117-0,234 в сутки, ламотриджина – 0,025-0,2 в сутки.*

Антипсихотики

Антипсихотики используются для купирования выраженных идеаторных расстройств, напряженности аффекта, психопатоподобных (поведенческих) расстройств,

психомоторного возбуждения в структуре актуализации синдрома патологического влечения.

По механизму действия антипсихотики оказывают блокирующее влияние на дофаминергические рецепторы, с чем и связано их положительное терапевтическое влияние на психопатологическую симптоматику: «психотическую» заряженность, напряженность и стойкость аффекта, наблюдающиеся при актуализации патологического влечения. Использование антипсихотиков в наркологической практике позволяет быстро купировать состояния, сопровождающиеся психомоторным возбуждением, ажитацией, агрессивным поведением.

Однако необходимо правильно понимать, что использование антипсихотиков (впрочем, как и других психотропных препаратов) проводится только по строгим показаниям, а антипсихотики не являются базовыми средствами терапии синдрома зависимости.

Следует сказать, что большинство наркологических больных переносят терапию антипсихотическими препаратами сравнительно хорошо. Это связано с назначением, все-таки, невысоких, средних доз, необходимых для получения терапевтического результата, а также с тем, что рекомендуемые курсы их приема составляют в большинстве случаев 4-8 недель. Кроме того, широкое внедрение в клиническую практику атипичных антипсихотиков позволяет в значительной степени сократить количество и выраженность побочных эффектов и избежать осложнений. Чаще всего, побочные эффекты нейролептической терапии исчерпываются преходящей ригидностью мышц, невыраженным тремором, сухостью во рту.

- Рекомендуется назначение антипсихотиков при наличии психомоторного возбуждения, напряженного аффекта, психопатоподобных расстройств, идеаторных нарушений в структуре синдрома патологического влечения к алкоголю [1, 9, 64, 65, 66].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии:

При обострениях патологического влечения, когда в клинической картине присутствуют беспокойство, возбуждение, расстройства сна, ажитированная тревога,

нарушения поведения, такие как агрессия, гиперактивность, наиболее эффективными препаратами являются: алимемазин, галоперидол**, зуклопентиксол**, клозапин, левомепромазин**, хлорпротиксен, хлорпромазин**, рисперидон** и некоторые другие [64, 67, 68, 69, 70]. При наличии в клинической картине обострения патологических мотиваций, кататимных образований, установочных форм поведения, эффективно используются: перфеназин**, трифлуоперазин**. Предпочтение, однако, на современном этапе отдается, все-таки атипичным антипсихотикам: рисперидон**, кветиапин**.

При наличии психогенных нарушений, в частности, реактивных состояний, вызванных часто встречающимися в жизни больных алкогольной зависимостью, особенно женщин, психотравмирующими обстоятельствами, назначаются «мягкие нейролептики» – тиоридазин**, перициазин**. Эти препараты используются также для коррекции разнообразных нарушений поведения, связанных с эксплозивностью, истеричностью, эмоциональной расторможенностью. Дозы препаратов индивидуальны, зависят от клинических проявлений, не противоречат дозам, указанным в инструкциях, как правило, минимальные или средние.

Назначать препараты с этими целями следует на ограниченное время – не более 2-3 недель, – поскольку дальнейший прием этих препаратов ведет к возникновению тягостных состояний вялости и субдепрессии [64, 67, 68, 69, 70].

3.3. Психотерапия

Психотерапия в наркологии представляет собой целенаправленную профессиональную помощь в изменении и восстановлении здорового состояния организма психологическими средствами и направлена на устранение личностных, аффективных, поведенческих и иных расстройств, оптимизацию межличностных отношений пациента, усиление мотивов на участие в лечебной программе, отказ от употребления ПАВ, социальную и профессиональную реинтеграцию [71].

Психотерапия является важной и неотъемлемой частью любой терапевтической программы при синдроме зависимости. Эффективность медикаментозной терапии существенно повышается при сочетании с психотерапевтическими интервенциями.

С первого контакта с пациентом важно так выстраивать отношения, чтобы сформировался рабочий альянс пациент-врач (специалист).

Задачи психотерапии: мотивирование больного на продолжение лечения, отказ от приема ПАВ, участие в реабилитационных программах.

Тактика терапии: проведение психотерапевтического лечения в комплексе с медикаментозным.

При проведении психотерапии определяются индивидуальные «мишени» психотерапевтического воздействия. Это дает возможность для более обоснованного выбора адекватных психотерапевтических методов. Все психотерапевтические методы с установленной эффективностью обладают лечебным потенциалом, но включение в лечебную программу как можно большего числа методов, или даже всех возможных, не является целесообразным. Одним из важных факторов при выборе методов является способность пациента принять ту или иную психотерапевтическую концепцию.

Под *психотерапевтической мишенью* понимается проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемым психотерапевтом клинико-психотерапевтический, патопсихологический и психопатологический феномен, изменение которого является осознаваемой психотерапевтом целью психотерапевтического воздействия, поскольку способствует выздоровлению (клиническому улучшению). Мишени психотерапии можно разделить на нозоспецифичные, специфичные для личности пациента и специфичные для психотерапевтического процесса.

Нозоспецифичные мишени:

- патологическое влечение к ПАВ, в том числе способность распознавать симптомы патологического влечения, мотивацию приема ПАВ и проявления той «первичной, бессознательной» мотивации больных, которая является пусковым механизмом развития синдрома зависимости и тесно связана с особенностями личности;

- нарушения нозогнозии, частичное осознание болезни;

- расстройства личности, либо иная психическая патология.

Мишени, специфичные для личности пациента и для психотерапевтического процесса:

- искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения;

- искаженные коммуникативные установки;

- нарушения самооценки больного;

- слабые рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния;

- нарушения способности установления контакта, в том числе - способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста;

- внутриспсихические конфликты, сопровождающиеся интенсивными, но плохо осознаваемыми эмоциями;

- пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего» у больного.

Критерии эффективности психотерапии

1) отказ от приема ПАВ;
2) формирование терапевтической ремиссии;
3) сформированный комплаенс к фармакотерапии;
4) удержание пациента в лечебной, в том числе, реабилитационной программе;
5) улучшение качества жизни, в том числе, психического состояния и семейного функционирования;

б) удовлетворенность пациента решением поставленных проблем.

Наиболее эффективно используются следующие психотерапевтические методики: мотивационная терапия (мотивационное интервью), когнитивно-поведенческая психотерапия, транзакционный анализ, семейная психотерапия, психодинамическая психотерапия, некоторые другие [72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79] (Приложение Д).

- Рекомендуется проведение мотивационного интервью [72, 73, 80, 81-98].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

- Рекомендуется проведение когнитивно-поведенческой психотерапии [74, 75, 77, 87, 91, 93 -120]

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

- Рекомендуется проведение транзакционного анализа [121-128]

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

- Рекомендуется проведение семейной психотерапии всем, у кого в доступе есть родственник/родственники или значимое лицо [79, 129-136].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

- Рекомендуется проведение психодинамической психотерапии [137, 138, 139]

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

- Рекомендуется мотивировать пациентов и их родственников на участие в группах само- и взаимопомощи [140-143].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии:

Группы само- и взаимопомощи организуются либо в рамках открытых терапевтических сообществ, таких как «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы», «Анонимный алкоголики тинэйждеры» и др. либо в лечебно-реабилитационных учреждениях, где проходит лечение пациент с СЗ. Группы объединяют мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силами и надеждами, с целью помочь себе и другим избавиться от алкоголизма, наркомании. Основной принцип работы таких групп – это положительный пример трезвой жизни и обмен опытом по ее достижению. Характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего, на изменение стереотипных установок личности, а также ее внутреннего состояния.

- Рекомендуется проведение терапии творческим самовыражением (арттерапия, терапия музыкой и др.) [144].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

3.4. Оценка эффективности и безопасности лечения

- Для оценки эффективности терапии рекомендуется использовать клинический метод [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии:

Оценка эффективности комплексного лечения проводится, исходя из динамики психопатологических, соматовегетативных и неврологических нарушений СЗ, что позволяет сделать клинический метод – наблюдение и описание симптоматики.

Критерий эффективности медикаментозного лечения: стабилизация психофизического состояния больного.

Критерий эффективности психотерапевтического лечения: удержание пациента в лечебной программе, его согласие на продолжение лечения.

- *Оценку безопасности терапии рекомендуется проводить по частоте возникновения и развития нежелательных явлений [1].*

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии:

Оценка безопасности и переносимости терапии проводится на всем ее протяжении по частоте возникновения и развития нежелательных явлений (НЯ).

НЯ регистрируются по данным:

- *спонтанных сообщений пациентов;*
- *физикального осмотра и клинически значимых изменений жизненно важных показателей (АД, ЧСС, ЧДД, температура тела) от исходных значений;*
- *клинически значимых отклонениям показателей лабораторных анализов и инструментальных методов диагностики от исходных значений.*

Связь НЯ с ЛС оценивается по алгоритму Наранжо (Приложение Г). Степень достоверности взаимосвязи «ЛС-НЯ» по алгоритму Наранжо определяется так:

Определенная 9 и более баллов

Вероятная 5–8 баллов

Возможная 1–4 балла

Сомнительная 0 баллов и меньше

При возникновении НЯ врачу необходимо зарегистрировать свои действия в первичной документации, к примеру, назначить дополнительные препараты (какие, в

какой дозе, на какой период) и др., а также заполнить соответствующую форму.

4. Реабилитация

Реабилитация пациента с зависимостью от ПАВ – совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного; коррекцию, восстановление или формирование его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ.

Реабилитация направлена на сохранение положительных результатов, полученных в результате предшествовавшего лечения, за счет восстановления (формирования) нормативного личностного и социального статуса пациента с СЗ благодаря поддержанию трезвого состояния, дальнейшей коррекции и развитию его личностного, интеллектуального, нравственного, эмоционального и творческого потенциала [145-150].

Стратегическими целями реабилитации у пациентов с СЗ являются:

- 1) безопасное прекращение употребления ПАВ и поддержание трезвого образа жизни;
- 2) достижение преморбидного личностного и/или социального статуса;
- 3) создание адаптивного социального окружения, в первую очередь, для предотвращения доступа к ПАВ и профилактики рецидивов.

Прагматическими целями реабилитации являются:

- 1) формирование у пациента осознанной и устойчивой мотивации (установки) на отказ от ПАВ и участие в лечебно-реабилитационной программе (ЛРП);
- 2) проведение лечебных мероприятий, направленных на купирование психических расстройств и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ и на предупреждение рецидивов заболевания;
- 3) терапия имеющихся соматических и неврологических расстройств и заболеваний;
- 4) коррекция структуры личности пациента и обеспечение условий для позитивного личностного развития;
- 5) коррекция семейных отношений;
- 6) повышение уровня социального функционирования пациента (с подключением ресурсов семьи, общества);
- 7) достижение реальной социальной занятости: учеба, работа.

Одна из проблем, усложняющих процесс реабилитации пациентов с СЗ, состоит в том, что ряд психологических функций, необходимых для полноценного восстановления нормативного личностного и социального статуса, у них серьезно повреждена [151]. Тем не менее, эти функции могут быть восстановлены до нормативного уровня в результате прохождения ЛРП или компенсированы за счет развития других функций и формирования совершенно новых умений и навыков. В связи с этим при построении реабилитационной программы необходимо учитывать не только реабилитационный, но и абилитационный аспекты реабилитации [146, 148, 152, 153].

Под абилитацией понимают систему медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных и социальных мер, направленных на формирование у пациентов отсутствующих и не сформировавшихся по тем или иным причинам функций.

Реабилитация осуществляется независимо от продолжительности заболевания и тяжести СЗ, при условии стабильности клинического состояния пациента и в зависимости от уровня реабилитационного потенциала (УРП) (Приложение Е).

ЛРП включает три этапа: восстановительный (предреабилитационный), медицинская реабилитация; профилактический (постреабилитационный).

Оптимальный алгоритм движения пациентов в процессе осуществления последовательных этапов ЛРП:

1) Лечение психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ; отделение неотложной наркологической помощи или наркологическое отделение наркологической больницы (диспансера).

2) Реабилитация в стационарных условиях: отделение медико-социальной реабилитации наркологической больницы (диспансера) или реабилитационный наркологический центр.

3) Реабилитация в амбулаторных условиях: отделение медико-социальной реабилитации (дневной наркологический стационар или наркологическое отделение наркологического диспансера (больницы)).

4) Диспансерное наблюдение участкового врача психиатра-нарколога.

- Рекомендуется проводить диагностику УРП у всех пациентов, поступающих на реабилитацию.

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3) [148, 154].

Комментарии:

Смотрите характеристику УРП и способы его оценки в Приложении Е.

- Рекомендуется проводить краткосрочную интервенцию в виде первичной консультации и мотивационного интервью при поступлении пациентов на реабилитационную программу;

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1) [148, 155-164].

Комментарии:

Краткосрочная интервенция имеет следующие цели:

- 1) *Формирование мотивации на начало реабилитации;*
- 2) *Усиление собственной мотивации к реабилитации, имеющейся у пациента;*
- 3) *Усиление мотивации к МР пациента у родственников, сопровождающих больного и получивших возможность присутствовать на сеансе (участвовать в отдельном сеансе) с разрешения больного.*

- Рекомендуется использовать техники мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой терапии для формирования (стимулирования) мотивации пациента на участие в реабилитационной программе [145, 155, 156, 165-175].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I)

- Рекомендуется использовать техники противорецидивного тренинга в реабилитационной программе

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I) [145, 148, 149, 155, 165-167, 170, 176-187].

Комментарий: Противорецидивный тренинг на этом этапе закрепляет навыки противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать алкоголю «нет», а также включает дальнейшую работу по обучению умению определять предвестники обострения влечения к алкоголю и преодолевать срывы заболевания.

- Рекомендуется проводить психообразовательную работу в рамках «Школы профилактики для пациентов и их родственников» для преодоления наркологической неграмотности [145, 152, 155, 165-168, 180-183, 187-189].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии

Работа в рамках «Школы профилактики для пациентов и их родственников» проводится с целью изменения и коррекции внутренней картины болезни проводится работа по преодолению наркологической неграмотности – расширяются знания о биологических эффектах ПАВ и медицинских и социальных последствиях их потребления, о принципах лечения синдрома зависимости от ПАВ, формируется критика к состоянию, преодолевается анозогнозия (Приложение Е).

- Рекомендуется проводить лично-ориентированную психотерапию в реабилитационной программе [145, 155, 165, 166, 167, 171, 187, 190-193].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I)

- Рекомендуется проводить семейную психотерапию в реабилитационной программе [142, 153, 154, 155, 166, 172, 184-195].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I)

Комментарии:

Основная задача – терапия созависимости (Приложение Е).

- Рекомендуется стимулировать участие пациентов в группах само- и взаимопомощи [145, 155, 165-167, 173, 194-204].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

Можно стимулировать создание внутренних групп само- и взаимопомощи среди участников программы, а также организовывать участие пациентов во внешних группах. Если мероприятия данного этапа проводятся в стационарных условиях, пациенты должны регулярно вывозиться для участия в работе этих сообществ, при работе в

амбулаторных условиях - пациенты направляются для участия в работе этих сообществ (Приложение Е).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

При сформированном СЗ наиболее важное значение приобретает третичная (модификационная) профилактика. Она является преимущественно медицинской, индивидуальной, ориентирована на лиц со сформированной зависимостью от ПАВ, направлена на предупреждение дальнейшего развития заболевания, уменьшение вредных последствий и на предупреждение рецидива.

Диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ²

² Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034 (зарегистрировано в Минюсте России 22.03.2016 г. №41495) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ.

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом не позднее 1 часа с момента поступления в стационар		GPP
2.	Выполнен анализ мочи общий		GPP
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза общий билирубин, прямой билирубин, альбумин, глюкоза, общий холестерин)		GPP
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый		GPP
5.	Выполнено электрокардиографическое исследование не позднее 24 часов от момента поступления в стационар		GPP
6.	Проведена терапия препаратами, обладающими дисульфирамоподобной реакцией	2	B
7.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы антидепрессанты (при наличии депрессивных расстройств и при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	B
8.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы антиконвульсанты (при наличии аффективных колебаний, эмоциональной лабильности и при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	B
9.	Проведена терапия лекарственными препаратами группы антипсихотические средства (нейролептики) (при наличии психомоторного возбуждения и/или агрессивного и/или суицидального и/или психопатоподобного поведения и при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	B
10.	Достигнута редукция синдрома патологического влечения к психоактивным веществам на момент выписки из стационара		GPP

**Критерии качества оценки медицинской помощи при синдроме
зависимости от алкоголя**

Список литературы

1. Наркология: национальное руководство. /Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой, 2-е издание, переработанное и дополненное. – М.:ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – 944с.
2. Koob GF.The neurobiology of addiction: A neuroadaptational view relevant for diagnosis. *Addiction*. 2006;101(Supp 1):23–30.].
3. Соловьев А.Г., Вязьмин А.М., Мордовский Э.А. Методологические подходы к учету алкоголь-атрибутивной смертности в России и за рубежом. //Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. Том10. - №4 – 2012. – с. 30-41.
4. Global status report on alcohol and health – 2014 ed. [Электронный ресурс]. – www.who.int World Health Organization 2014. – 86 с. ISBN 978 92 4 069276 3 (PDF) (дата обращения: 28.02.2017)
5. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах: статистический сборник /М., НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2016. – 177 с.
6. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015-2016 годах: Статистический сборник. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017. – 183 с.
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2. Mental Disorders – classification. 3. Mental Disorders—diagnosis. WM 15.
8. Алкоголизм. Руководство для врачей. Под редакцией Н.Н. Иванца , М.А.Винниковой . – М., ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. – 856 с.
9. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике. Руководство для практикующих врачей. /под общей редакцией чл-корр. РАМН Ю.А. Александровского, проф. Н.Г. Незнанова: М. – Изд «Литттера». 2014. - С. 582-692.
10. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош. – 2003. – 215 с.
11. Standridge J. B., Adams S. M., Zotos A.P., Urine Drug Screening: A Valuable Office Procedure. /Am. Fam. Physician. – 2010. – Mar 1. – 81(5). – p. 635-640.
12. Alcoholism Workup. Laboratory Studies. [Электронный ресурс]. – <http://emedicine.medscape.com/article/285913-workup#с6> (дата обращения: 28.02.2017).
13. Muñoz-Hernández S, Velázquez-Fernández JB, Díaz-Chávez J, López-Sánchez RC, Hernández JA, et al. (2014) Alcoholism: Common and Oxidative Damage Biomarkers . *J Clin Toxicol S7*: S7-006. doi:10.4172/2161-0495.S7-006 [Электронный ресурс]. – <https://www.omicsonline.org/open-access/alcoholism-common-and-oxidative-damage-biomarkers-2161-0495.1000-S7-006.pdf> (дата обращения: 28.02.2017).
14. Niemelä O/ Biomarcers in alcoholism. /Clin. Chim. Acta. 2007. – Feb. 377 (1-2). P. 39-49
15. Hannuksela M.L. Liisananti M.K. Nissinen A.E. Savolainen M.J. Biochemical markers of alcoholism. /Clin. Chem. Lab. Med. 2007. 45 (8). P. 953-961
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment. The role of biomarkers in the Treatment of Alcohol Use Disorders. US

- Department of Health and Human Services. September. 2006 [Электронный ресурс]. – <http://kap.samsha.gov/>. (дата обращения: 28.02.2017).
17. Sommers M.S. Savage C., Wray J., Dyehouse J.M., Laboratory measures of alcohol (ethanol) consumption: strategies of assess drinking patterns with biochemical measures./Biol. Res. Nurs. 2003. Jun. 4(3). P 203-207.
 18. Aithal G.P., Thornes H., Dwarakanath A.D., Tanner A.R.. Measurement of carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a general medical clinic: Is this test useful in assessing alcohol consumption? /Alcohol and Alcoholism. 1998. 33 (3): p. 304-309.
 19. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Opioid antagonists for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2005;1: CD001867.
 20. Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, O'Brien CP. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. //Arch Gen Psychiatry. – 1992. – V. 49. – P. 876–880.
 21. Volpicelli J.R., Watson N.T., King A.C., Sherman Ce., O'Brien C.P. Effect of naltrexon on alcohol «high» in alcoholics. // Am J Psychiatry. – 1995. – Vol. 152 (4). –P. 613-615
 22. O' Malley S. S., Jaffe A. J., Chang G et al. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study // Archives of General Psychiatry. – 1992. – Nov. Vol. 49. – P. 881 - 887.
 23. Volpicelli J. R., Rhines K. S., Rhines J. S. et al. Naltrexone and alcohol dependence: role of subject compliance. // J. Arch. Gen. Psychiatry. – 1997. Aug. – Vol. 54. - № 8. – P. 737 – 742.
 24. Jaffe AJ, Rounsaville B, Chang G., Schottenfeld RS, Meyer RE, O'Malley SS. Naltrexone, relapse prevention, and supportive therapy with alcoholics: an analysis of patient treatment matching. //J. Consult Clin Psychol. – 1996. – V. 64. – P. 1044-1053.
 25. Винникова М.А. Лобачева А.С., Басманова Т.В., Бойко Е.О., Гуревич Г.П. Антаксон в терапии патологического влечения к алкоголю: результаты сравнительных исследований. // Вопросы наркологии. – 2007. – №1. – С. 5–11.
 26. Dunbar J.D., Turncliff R.Z., Dong Q. et al. Single and multiple dose pharmacokinetics of long-acting naltrexone. // Alcohol Clin Exp. Res. – 2006. – N30. – P. 480–490.
 27. Krupitsky E., Woody G.E , Zvartau E., O'Brien C.P. Addiction treatment in Russia // Lancet. – 2010, Oct 2. – Vol. 376, № 9747. – P. 1145. PubMed PMID: 20888988. Comment on: Lancet. 2010 Jul 3; 376(9734):13-14.
 28. Kranzler H.R., Song Liou et al. Effect of long-acting injectable Naltrexone on Quality of Life [Электронный ресурс]. – <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/18>. – (дата обращения: 01.12.2017).
 29. National Institute on Alcohol abuse and alcoholism. Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinitian Guide. [Электронный ресурс]. – <https://www.niaaa.nih.gov/guide>. – (дата обращения: 01.12.2017).
 30. Garbutt J.C., Kranzler H.R., O'Malley S.S. et al. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. // JAMA. – 2005. – Vol. 293 (13) – P. 1617-1625.
 31. Gastfriend D.R., Dong Q., Loewy J. et al. Durability of Effect of Long-Acting Injectable Naltrexone [Электронный ресурс]. – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15811981>. – (дата обращения: 01.12.2017).
 32. Gastfriend D.R., Dong Q., Loewy J. et al. Durability of effect of long-acting injectable naltrexone. // Presented at: Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 2005. – Atlanta, GA.
 33. Крупицкий Е. М. Различные стратегии применения налтрексона для лечения алкоголизма: краткий обзор результатов научных исследований // Новые лекарственные препараты. – М., 2006. – Вып. 2. – С. 44–47.
 34. Блохина Е.А., Крупицкий Е.М., Брюн Е.А. Опыт применения Вивитрола (налтрексона пролонгированного действия в инъекциях) в клинической практике для лечения

- алкогольной зависимости // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – №3. – С. 58-61.
35. Kleber H.D., Weiss R.D., Anton R.F. Jr., et al. Work Group on Substance Use Disorders; American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines. Treatment of patients with substance use disorders (2nd Edition). *Am-J-Psychiatry*, 2007. Vol.164. P. 5–123.
 36. Azrin NH, Sissons RW, Meyer RJ, et al. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy.// *J Behav Ther Exp Psychiat* 1982. Vol.13. P.105-112.
 37. Кораблев М.В., Курбат Н.М., Евец М.А. Молекулярные основы механизма противоалкогольного действия тетурама. //Журн. невропатологии и психиатр. 1981. Т. 2. С. 128–34.
 38. Арана Дж., Розенбаум Дж. Фармакотерапия психических расстройств //Руководство по психофармакотерапии. - М.:[Бином](#), 2004. 415 с.
 39. Brewer C. How effective is the standard dose of disulfiram? //*Br J Psychiatry* 1984. Vol.144. P.200-202.
 40. Fuller R.K., Branchey L., Brightwell D.R. et al. Disulfiram treatment of alcoholism: a Veterans Administration cooperative study. //*JAMA* 1986. Vol. 25. P.1449–1455.
 41. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP
Электронный ресурс: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269881112444324>
Дата обращения: 01.12.2017
 42. Steven H. Williams, Medications for Treating Alcohol Dependence. //*Am Fam Physician*. 2005 Nov 1;72(9):1775-1780.
 43. Johnsen J., Morland J. Depot preparations of disulfiram: experimental and clinical results. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: P. 27-30
 44. Johnsen J., Morland J. Disulfiram implant: a double-blind placebo controlled follow-up on treatment outcome. // *Alcohol Clin Exp Res*. 1991. Vol. 15. N3. P. 532-536.
 45. Wilson A, Blanchard R, Davidson W, et al. Disulfiram implantation: a dose response trial. // [J Clin Psychiatry. 1984. Vol. 45\(6\). P. 242-247](#)
 46. Минко А.И., Линский И.В. Применение Дисульфирама (Эсперали) в наркологической практике: история и новые возможности. //Здоровье Украины. 2007. № 11/1. С. 46-47.
 47. Brewer C., Robert J. Meyers, Johnsen J. Does Disulfiram Help to Prevent Relapse in Alcohol Abuse? // *CNS Drugs*. 2000. Vol.14. N5. P.329-341
 48. Richard K. Fuller Enoch Gordis. For Debate - Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? //*Addictions*. Volume 99, Issue 1 January 2004 Pages 21–24 DOI: 10.1111/j.1360-0443.2004.00597.x
 49. *Jason Luty*. Какие методы наиболее эффективны в лечении расстройств, связанных с употреблением алкоголя?//*Advances in Psychiatric Treatment* 2006. Vol.12. P.13–22.
 50. *Soyka M*. Relapse prevention in alcoholism, recent advances and future possibilities.// *CNS Drugs* 1997. Vol. 4. p.313-327.
 51. Валентик Ю.В., Новиков Е.М. Применение препарата Колме при лечении больных алкоголизмом// *Наркология*. 2002. № 3.
 52. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А. Новые данные о сенсibiliзирующей терапии алкогольной зависимости // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2004. №7. С. 43-48.
 53. Иванец Н.Н., Винникова М.А., Козырева А.В. Результаты клинико-катамнестического сравнительного исследования препарата Колме в терапии алкогольной зависимости// *Вопросы наркологии*. 2006, № 2, С. 21 – 29.
 54. Ajima, M., Usuki, K., Igarashi, A., Okazaki, R., Hamano, K., Urabe, A. and Totsuka, Y. Cyanamide-induced granulocytopenia// *Internal Medicine*. – 1997. – V. 36. – P. 640–642.
 55. Suzuki, Y., Yokoyama, A., Nakano, M., Okuyama, K., Takahashi, H., Tamai, H., Maruyama, K. and Ishii, H. Cyanamide-induced liver dysfunction after abstinence in alcoholics: a long-

- term follow-up study on four cases// *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2000. – V. 24. – P. 100S–105S.
56. Винникова М.А., Мохначев С.О., Ненастьева А.Ю., Усманова Н.Н., Козырева А.В., Лобачева А.С., Русинова О.И., Жердева М.А., Пинская Н.В., Сивач Т.В. Терапевтическая эффективность и безопасность Цианамида в сравнении Дисульфирамом при лечении больных с зависимостью от алкоголя: сравнительное открытое рандомизированное мультицентровое киническое исследование. //Журнал «Вопросы наркологии» - М., 2013, №1, с. 46-64. 18 с
 57. Иванец Н.Н. Место антидепрессантов в терапии патологического влечения к алкоголю. //Сб. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. – М.: Политек-Ф. – 2000. – С. 8-16.
 58. Крупицкий Е.М., Ериш С.М., Бернцев В.А., Киселев А.С., Александровский Н.А., Торбан М.Н., Ерошин С.П., Ерышев О.Ф. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности применения эсциталопрама для коррекции аффективных расстройств у больных алкогольной зависимостью в ремиссии // Вопросы наркологии. – 2009. – №6. – С. 17-34.
 59. Крупицкий Е.М., Ериш С.М., Рыбакова К.В., Киселев А.С., Бернцев В.А., Торбан М.Н., Ерошин С.П., Ерышев О.Ф. Простое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности применения тразодона для коррекции аффективных расстройств у больных с алкогольной зависимостью в ремиссии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2012. – №1. – С. 29-37.
 60. Krupitsky E.M., Yerish S.M., Kiselev A.S., Berntsev V.A., Alexandrovskiy N.A., Torban M.N., Eroshin S.P., Eryshev O.F. A double blind, placebo-controlled, randomized clinical trial of escitalopram for the treatment of affective disorders in alcohol dependent patients in early remission // Chapter 16. In: *The international psychiatry and behavioral neuroscience yearbook, Vol. II / Eds: N. Boutros, T. Sumiyoshi, A. Javanbakht, E. M. Krupitsky*. - New York : Nova Science Publisher, 2012. – P. 239-256.
 61. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. – М.: Издат. дом «Имидж». – 1994. – 216с.
 62. Винникова М.А. Агибалова Т.В., Гуревич Г.Л., Мищенко Л.В. Использование ламиктала (ламотриджина) в терапии больных с алкогольной зависимостью: результаты сравнительного исследования.// Ж. Психиатрия и психофармакотерапия. - №5. – Т.6. – 2004. – С. 245-248.
 63. Ivanets N., Vinnikova M., Agibalova T., Zhirov I. Normothymics in treatment of alcohol craving: results of a comparative study. *European Neuropsychopharmacology. The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. . Abstracts of the 8 th ECNP Regional Meeting. Moscow, Russia, April 14 – 16, 2005. p.274.
 64. Anton RF, Kranzler H, Breder C, . (2008) A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of aripiprazole for the treatment of alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol* 28: 5–12.
 65. Martinotti G, Di Nicola M, Di Giannantonio M, . (2009) Aripiprazole in the treatment of patients with alcohol dependence: a double-blind, comparison trial vs. naltrexone. *J Psychopharmacol* 23: 123–129.
 66. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Рисполепт (рисперидон) в терапии алкогольной зависимости. //Вопросы наркологии. – 2003. -№2. – С.4-12.
 67. Сиволап Ю.П. Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. Краткое справочное руководство / Сиволап, Ю.П., Савченков В.А. ; ред. Жариков Н.М. - М. : Медицина, 2000. - 350 с.
 68. Сиволап Ю.П. Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. - М.: Медицина, 2005. - 304 с.

69. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В и др. Злоупотребление психоактивными веществами (общая и судебно-психиатрическая практика). – Москва: ГНЦ СиСП им. В.П.Сербского. – 2000. – 300 с.
70. Альтшулер В.Б. Соотношение биологического и социального в болезненном влечении к алкоголю и терапия алкоголизма нейрорептиками.//Сб. Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. – М. – 1976. – с. 68-71.
71. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д. Введение в психотерапию в наркологии, применение научно-доказательных моделей психотерапевтического воздействия. Оценка эффективности психотерапии. В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; Глава 10; С. 688-699.
72. Joseph, J., & Basu, D. (2016). Efficacy of Brief Interventions in Reducing Hazardous or Harmful Alcohol Use in Middle-Income Countries: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Alcohol and Alcoholism*, 52(1), 56–64. doi:10.1093/alcalc/agw054
73. Smedslund, G. Motivational interviewing for substance abuse / G. Smedslund, R.C. Berg, K.T. Hammerstrøm [et al.] // *Campbell Systematic Reviews*. – 2011. – Vol. 6. – 128 p.
74. Magill, M., Kiluk, B. D., McCrady, B. S., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (2015). Active Ingredients of Treatment and Client Mechanisms of Change in Behavioral Treatments for Alcohol Use Disorders: Progress 10 Years Later. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(10), 1852–1862. doi:10.1111/acer.12848
75. Magill, M. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials / M. Magill, L.A. Ray // *J Stud Alcohol Drugs*. – 2009. – Vol. 70. – P. 516-527.
76. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Кошкина Е.А., Тучина О.Д. Психотерапия в наркологии - обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 1. Психотерапия как эмпирически обоснованный метод лечения // *Вопросы наркологии* — 2015 — №. 2 — С. 69 — 81.
77. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д., Тучин П.В. Психотерапия в наркологии - обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 2. Эмпирически обоснованные методы психотерапии наркологических заболеваний // *Вопросы наркологии* — 2015 — №. 5 — С. 46 — 65.
78. Klostermann, K., O'Farrell, T. J. (2013). Treating Substance Abuse: Partner and Family Approaches. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 234–247. doi:10.1080/19371918.2013.759014
79. O'Farrell, T.J. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism / T.J. O'Farrell, Clements K. // *J Marital Fam Ther*. – 2012.– Vol. 38. – №1. – P. 122–144.
80. Kohler, S., & Hofmann, A. (2015). Can Motivational Interviewing in Emergency Care Reduce Alcohol Consumption in Young People? A Systematic Review and Meta-analysis. *Alcohol and Alcoholism*, 50(2), 107–117. doi:10.1093/alcalc/agu098
81. Miller, W.R. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders / W.R. Miller, P.L. Wilbourne // *Addiction*. – 2002. – Vol. 97. –P.265–277.
82. Miller, W. R. Toward a theory of motivational interviewing / W. R. Miller, G. S. Rose // *American Psychologist*. – 2009. – Vol. 64. – P. 527–537.
83. Rollnick, S. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior / S. Rollnick, W. R. Miller, C. Butler. – New York: Guilford Press, 2008. – 210 p.
84. Tanner-Smith, E. E., Lipsey, M. W. (2015). Brief Alcohol Interventions for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 1–18. doi:10.1016/j.jsat.2014.09.001

85. Sobell L.C. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders / L.C. Sobell, M.B. Sobell, S. Agrawal // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2009. – Vol. 23. – N4. – P. 672–683.
86. Arnaud, N., Baldus, C., Elgán, T. H., Tønnesen, H., Paepe, N. D., Csemy, L., & Thomasius, R. (2015). Moderators of Outcome in a Web-Based Substance Use Intervention for Adolescents. *SUCHT*, 61(6), 377–387. doi:10.1024/0939-5911.a000397
87. Meyers R.J. The Community Reinforcement Approach: history and new directions / R.J. Meyers, M. Villanueva, J.E. Smith // *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. – 2005. – Vol. 19. – N3. – P. 251–264.
88. Sorsdahl, K., Stein, D. J., Corrigall, J., Cuijpers, P., Smits, N., Naledi, T., & Myers, B. (2015). The efficacy of a blended motivational interviewing and problem solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: A randomized controlled trial. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(1). doi:10.1186/s13011-015-0042-1
89. Brown, R. A., Abrantes, A. M., Minami, H., Prince, M. A., Bloom, E. L., Apodaca, T. R., Hunt, J. I. (2015). Motivational Interviewing to Reduce Substance Use in Adolescents with Psychiatric Comorbidity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59, 20–29. doi:10.1016/j.jsat.2015.06.016
90. Crane, C. A., Eckhardt, C. I., & Schlauch, R. C. (2015). Motivational enhancement mitigates the effects of problematic alcohol use on treatment compliance among partner violent offenders: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 689–695. doi:10.1037/a0039345
91. Slesnick, N., Guo, X., Brakenhoff, B., & Bantchevska, D. (2015). A Comparison of Three Interventions for Homeless Youth Evidencing Substance Use Disorders: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 54, 1–13. doi:10.1016/j.jsat.2015.02.001
92. Cornelius, J.R. et al., 2011. Evaluation of cognitive behavioral therapy/motivational enhancement therapy (CBT/MET) in a treatment trial of comorbid MDD/AUD adolescents. *Addictive Behaviors*, 36(8), pp.843–848. [Электронный ресурс]. – <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.03.016>. (дата обращения: 28.02.2017)
93. Wray, T. B., Grin, B., Dorfman, L., Glynn, T. R., Kahler, C. W., Marshall, B. D. L., ... Operario, D. (2015). Systematic review of interventions to reduce problematic alcohol use in men who have sex with men. *Drug and Alcohol Review*, 35(2), 148–157. doi:10.1111/dar.12271
94. Vederhus, J.-K., Timko, C., Kristensen, Ø., Hjemdahl, B., & Clausen, T. (2014). Motivational intervention to enhance post-detoxification 12-Step group affiliation: a randomized controlled trial. *Addiction*, 109(5), 766–773. doi:10.1111/add.12471
95. Carroll K.M. Behavioral therapies for drug abuse / K.M. Carroll, L.S. Onken // *Am J Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 1452–1460.
96. Lussier J.P. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders / J.P. Lussier, S.H. Heil, J.A. Mongeon [et al.] // *Addiction*. – 2006. – Vol. 101. – P. 192–203.
97. Hajek P. Relapse prevention interventions for smoking cessation / P. Hajek, L.F. Stead, R. West [et al.] // *Cochrane Database Systematic Review*. – 2013. – Issue 8. – CD003999.
98. Hendershot C.S. Relapse prevention for addictive behaviors / C.S. Hendershot, K. Witkiewitz, W.H. George, G.A. Marlatt // *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. – 2011. – Vol. 6. – P. 17.
99. Darker, C. D., Sweeney, B. P., Barry, J. M., Farrell, M. F., & Donnelly-Swift, E. (2015). Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd009652.pub2

100. Roozema H.G. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction / H.G. Roozema, J.J. Boulognea, M.W. van Tulder [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2004. – Vol. 74. – P. 1–13.
101. Marlatt, G.A. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* / G.A. Marlatt, J.R. Gordon. – New York: Guilford Press, 2005. – 418 p.
102. Dennis M. The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials / M. Dennis, S.H. Godley, G. Diamond [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2004. – Vol. 27. – N3. – P. 197–213.
103. Ghitza U.E. Randomized trial of prize-based reinforcement density for simultaneous abstinence from cocaine and heroin / U.E. Ghitza, D.H. Epstein, J. Schmittner [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2007. – Vol. 75 – P. 765–774.
104. Hester R.K. A web application for moderation training: Initial results of a randomized clinical trial / R.K. Hester, H.D. Delaney, W. Campbell, N. Handmaker // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2009. – Vol. 37. – P. 266–276.
105. Hester R.K. ModerateDrinking.com and Moderation Management: Outcomes of a randomized clinical trial with non-dependent problem drinkers / R.K. Hester, H.D. Delaney, W. Campbell // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2011. – Vol. 79. – N2. – P. 215–224.
106. Hester R.K. Overcoming Addictions, a Web-based application, and SMART Recovery, an online and in-person mutual help group for problem drinkers, part 1: three-month outcomes of a randomized controlled trial [Электронный ресурс] / R.K. Hester, K.L. Lenberg, W. Campbell, H.D. Delaney // *Journal of Medical Internet Research*. – 2013. – Vol. 15. – N7. – e134. [Электронный ресурс]. – <http://www.jmir.org/2013/7/e134>. (дата обращения: 28.02.2017)
107. Hester R.K. Self-control training / R.K. Hester // In *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* // R.K. Hester, W.R. Miller (eds.). – Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2003. – P. 152–164.
108. Irvin J.E. Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review / J.E. Irvin, C.A. Bowers, M.E. Dunn, M.C. Wang // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1999. – Vol. 67. – P. 563–570.
109. Knapp W.P. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders / W.P. Knapp, B.G. Soares, M.F. Farrell, M. Silva de Lima // *Cochrane Database Systematic Review*. – 2015. – Issue 4. – CD 003023.
110. Landovitz R.J. Contingency management facilitates the use of postexposure prophylaxis among stimulant-using men who have sex with men / R.J. Landovitz, J.B. Fletcher, S. Shoptaw, C.J. Reback // *Open Forum Infectious Diseases*. – 2015. – Vol. 2. – N1. – 114. [Электронный ресурс]. – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396429>. (дата обращения: 28.02.2017)
111. Larimer M.E. Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model / M.E. Larimer, G.A. Marlatt, G.A. Parks, K. Witkiewitz // *Alcohol Research & Health*. – 1999. – Vol. 23. – N2. – P. 151–160.
112. Miller W.R. Community-Reinforcement Approach / W.R. Miller, R.J. Meyers, S. Hiller-Sturmhöfel // *Alcohol Research & Health*. – 1999. – Vol. 23. – N2.
113. Miller W.R. Long-term follow-up of behavioral self-control training / W.R. Miller, A.L. Leckman, H.D. Delaney, M. Tinkcom // *J Stud Alcohol*. – 1992. – Vol. 53. – N3. – P. 249–261
114. Najavits L.M. "Seeking Safety": Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence / L.M. Najavits [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. – 1998. – Vol. 11. – P. 437–456.
115. Petry N.M. *Contingency Management for Substance Abuse Treatment: A Guide to Implementing this Evidenced-based Practice*. – New York: Routledge, 2011.

116. Rohsenow D.J. Contingent Vouchers and Motivational Interviewing for Cigarette Smokers in Residential Substance Abuse Treatment / D.J. Rohsenow, J.W. Tidey, R.A. Martin [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2015. – N55. – P. 29–38.
117. Wagner E.F. Randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents / E.F. Wagner; M.M. Hospital; J.N. Graziano [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2014. – N82 (6). – P. 1128–1139.
118. Hunt G.M. A community-reinforcement approach to alcoholism / G.M. Hunt, N.H. Azrin // *Behaviour Research and Therapy*. – 1973. – Vol. 11. – P. 91–104.
119. Meredith S. The ABCs of incentive-based treatment in health care: a behavior analytic framework to inform research and practice / S. Meredith, B.P. Jarvis, B.R. Raiff // *Psychology Research and Behavior Management*. – 2014. – Vol. 7. – P. 103–114.
120. Branson C.E. A pilot study of low-cost contingency management to increase attendance in an adolescent substance abuse program / C.E. Branson, A.M. Barbuti, P. Clemmey [et al.] // *The American Journal on Addictions*. – 2012. – Vol. 21. – P. 126–129.
121. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И. Шустов. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.
122. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости. Клиника и психотерапия / Д.И. Шустов. — СПб.: СпецЛит, 2016. — 207 с.
123. Шустов, Д.И. Психотерапия алкогольной зависимости в классическом и современном транзакционном анализе / Д.И. Шустов, С.А. Новиков, П.В. Тучин // *Российский психотерапевтический журнал*. – 2012. – № 3-4 (4-5). – С. 47–57.
124. Тучин П.В. Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии в лечении больных опиоидной зависимостью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2014. — 184 с.
125. Агибалова, Т.В. Алкогольная зависимость с позиций транзактного анализа / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2007. – Вып. 1. – С. 71–73.
126. Новиков, С.А. Алкогольная зависимость и проявления аутоагрессивного поведения у пациентов с различными типами личности (клинико-терапевтическое исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Новиков Сергей Андреевич. – М., 2014. – 179 с.
127. Меринов, А.В. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // *Наркология*. – 2010. – № 9. – С. 59–63.
128. Ohlsson T. Effects of transactional analysis psychotherapy in therapeutic community treatment of drug addicts / T. Ohlsson // *Transactional Analysis Journal*. —2002. —Vol. 32. — N2. — P. 153–177
129. McCrady, B.S. Treating alcohol problems with couple therapy / B.S. McCrady // *Journal of Clinical Psychology*. – 2012. – Vol. 68. – № 5. – P. 514-525.
130. Powers, M.B. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A metaanalysis / M.B. Powers, E. Vedel, P.M.G. Emmelkamp // *Clinical Psychology Review*. – 2008. – Vol. 28. – № 6. – P. 952-962.
131. Ruff S, McComb JL, [Coker CJ](#), [Sprenkle DH](#). Behavioral couples therapy for the treatment of substance abuse: a substantive and methodological review of O'Farrell, Fals-Stewart, and colleagues' program of research. [Fam Process](#). 2010 Dec;49(4):439-56. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01333.x.
132. Schumm, J. A., O'Farrell, T. J., Kahler, C. W., Murphy, M. M., & Muchowski, P. (2014). A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for women with alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 993–1004. doi:10.1037/a0037497
133. Meis, L. A., Griffin, J. M., Greer, N., Jensen, A. C., MacDonald, R., Carlyle, M., ... Wilt, T. J. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 275–286. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.003

134. Horigian, V. E., Anderson, A. R., & Szapocznik, J. (2016). Family-Based Treatments for Adolescent Substance Use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), 603–628. doi:10.1016/j.chc.2016.06.001
135. Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 468–481. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.006
136. Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W. R. (2011). The Effects of Family Therapies for Adolescent Delinquency and Substance Abuse: A Meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281–304. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x
137. Knekt P., Laaksonen M. A., Raitasalo R., Haaramo P., Lindfors O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *European Psychiatry*. 2010; № 25: 1-7.
138. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis*. 2005; № 86: 841– 868.
139. Gregory R. J., Chlebowski S., Kang D., et al. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy*, 2008; № 45: 28-41.
140. Ferri M., Amato L., Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006, Issue 3. Art. No.: CD005032.
141. Kaskutas L.A. Alcoholics anonymous effectiveness: faith meets science. *J Addict Dis*. 2009; № 28(2): 145-57.
142. Vanderplasschen W., Vandeveldel S., Broekaert E. Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges. Luxembourg, 2014; 92 p.
143. Gossop M., Stewart D., Marsden J. Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study. *Addiction*. 2008; № 103: 119-25.
144. Hohmann L., Bradt J., Stegemann T., Koelsch S. Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *PLoS One*. 2017; № 12(11): e0187363. URL: doi: 10.1371/journal.pone.0187363.
145. United Nations. Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2003; 143 p.
146. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М., 2002; 256 с.
147. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. М., 1997.
148. Дудко Т.Н. Концепции, принципы, технологии, методология, условия, порядок оказания реабилитационной помощи. В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. Наркология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; С. 774-787.
149. Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами. *Российский медицинский журнал*. 2013; № 4: С. 45-49.
150. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации. *Вопросы наркологии*. 2015; № 3: С. 87 -107.

151. Hagen E., Erga A.H., Hagen K.P., et al. Assessment of executive function in patients with substance use disorder: a comparison of inventory- and performance-based assessment. *J Subst Abuse Treat.* 2016; № 66: 1-8.
152. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. *Психотерапия*, 2003; № 12: С.15-24.
153. Kopelman M.D., Thomson A., Guerrini I., Marshall E. J. The Korsakoff syndrome: clinical aspects, psychology and treatment. *Alcohol & Alcoholism.* 2009; № 44: 148–154.
154. Дудко Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медикосоциальной реабилитации. *Вопросы наркологии.* 2000; № 3: С. 13–21.
155. United Nations. TREATNET Quality standards for drug dependence treatment and care services. New York: UNITED NATIONS, 2012; 60 p.
156. Lundahl B.W., Kunz C., Brownell C., Tollefson D., Burke B.L. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice.* 2010; № 20(2): 137-160.
157. Kaner E.F., Dickinson H.O., Beyer F., et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2009; № 28: 301-323.
158. Schmidt C.S., Schulte B., Seo H.N., et al. Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings. *Addiction.* 2016; № 111: 783-94.
159. Starosta A.N., Leeman R.F., Volpicelli J.R. The BRENDA Model: integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorders. *Journal of Psychiatric Practice.* 2006; № 12 (2): 80–89.
160. Rome A.M. An evidence-based analysis of the BRENDA Approach: psychosocial interventions for dependent alcohol drinkers. *Journal of General Practice*, 2015; S1:002. URL: doi:10.4172. 2329-9126.s1-002
161. Klimas J., Tobin H., Field C.A., et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014; Issue 12., Art. No.: CD009269.
162. Smedslund G., Berg R.C., Hammerstrøm K.T., et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; CD008063.
163. Lundahl B., Burke B.L. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol.* 2009; № 65: 1232-45.
164. Ball S.A., Martino S., Nich C., et al. Site matters: multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *J Consult Clin Psychol.* 2007; № 75: 556-67.
165. Tai B., Straus M.M., Liu S.D. et al. The first decade of the national drug abuse treatment clinical trials network: bridging the gap between research and practice to improve drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2010. № 38; Suppl. 1: S4–13.
166. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. NIH, 2012; 176 p.
167. Glasner-Edwards S., Rawson R. Evidence-based practices in addiction treatment: review and recommendations for public policy. *Health Policy.* 2010. № 97 (2–3): 93–104.
168. McHugh R. K., Hearon B. A., Otto M. W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2010; № 33 (3): 511-525.
169. Chung T., Noronha A., Carroll K.M., Potenza M.N. et al. Brain mechanisms of change in addiction treatment: models, methods, and emerging findings. *Curr Addict Rep.* 2016; № 3(3): 332-342.
170. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Вальчук Д.С., и др. Психотерапевтическая программа по снижению патологического влечения к алкоголю: предварительная оценка эффективности. *Вопросы наркологии.* 2016; № 7-8: С. 34-43.

171. Carroll K.M., Kiluk B.D. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychol Addict Behav.* 2017; № 31 (8): 847-861.
172. Dutra L, Stathopoulou G, Basden S, et al. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 2008; № 165:179–87.
173. Tai B., Volkow N.D. Treatment for substance use disorder: opportunities and challenges under the affordable care act. *Soc Work Public Health.* 2013; № 28 (3-4): 165-174.
174. Magill M., Kiluk B.D., McCrady B.S., Tonigan J.S., Longabaugh R. Active ingredients of treatment and client mechanisms of change in behavioral treatments for alcohol use disorders: progress 10 years later. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015; № 39 (10): 1852-62.
175. Magill M., Ray L.A. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs.* 2009; № 70 (4): 516-27.
176. Hendershot C.S., Witkiewitz K., George W.H., Marlatt G.A. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2011; № 19: 6-17.
177. Grow J.C., Collins S.E., Harrop E.N., Marlatt G.A. Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive Behaviors.* 2015. №40: P. 16–20.
178. Carroll K.M., Onken L.S. Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry.* 2005; № 162: 1452–60.
179. Брюн Е.А., Москвичев В.Г., Духанина И.В. Реабилитационно-профилактические технологии наркологической помощи. *Здравоохранение Российской Федерации,* 2007; № 4: С.16-19.
180. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ. В кн.: Н.Н. Иванец. Лекции по наркологии. – М.: Нолидж, 2000; С. 341–364.
181. Валентик Ю.В. Континуальная терапия. *Московский психотерапевтический журнал.* 1999; № 1: С. 47-58.
182. Валентик Ю.В., Булатников А.Н. Континуальный подход к психотерапии больных алкоголизмом. *Вопр. наркологии.* 1994; № 3: С.8 - 12.
183. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкогольной зависимостью: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993; 70 с.
184. Дудко Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии. *Вопросы наркологии.* 1999; № 2: С. 28–34.
185. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами. *Вопросы наркологии.* 2008; № 3: 80-93.
186. Брюн Е.А. Совершенствование технологий управления профилактической и лечебно-реабилитационной наркологической помощью: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2007.
187. Tai B., Volkow N.D. Treatment for substance use disorder: opportunities and challenges under the affordable care act. *Soc Work Public Health.* 2013; № 28 (3-4): 165-174.
188. Weiss R.D., Jaffee W.B., de Menil V.P., Cogley C.B. Group therapy for substance use disorders: what do we know? *Harvard Review of Psychiatry.* 2004; № 12 (6): 339–350.
189. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых. *Наркология.* 2002; № 9: С. 27—35.
190. Morin J., Harris M., Conrod P. A review of CBT treatments for Substance Use Disorders. *Oxford Handbooks Online.* 2017; URL: <http://www.oxfordhandbooks.com.view.10.1093.oxfordhb.9780199935291.001.0001.oxfordhb-9780199935291-e-57>.
191. McGovern M.P., Carroll K.M. Evidence-based practices for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2003; № 26(4): 991-1010.
192. Kramer Schmidt L., Bojesen A.B., Nielsen A.S., Andersen K. Duration of therapy - Does it matter?: A systematic review and meta-regression of the duration of psychosocial treatments for alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat.* 2018; № 84: 57-67.

193. Foulds J., Newton-Howes G., Guy N., Boden J.M., Mulder R.T. Dimensional personality traits and alcohol treatment outcome: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2017; № 112 (8): 1345-1357.
194. Брюн Е.А., Аршинова В.В., Гусева О.И., Кошкина Е.А., Сокольник Е.И., Валькова У.В., Смирновская М.С., Круглых А.А. Факторы, влияющие на длительность ремиссии у больных наркологического профиля, по результатам контент-анализа научных работ за период 2002—2011 годов. *Наркология*, 2017; № 11: С. 47-62.
195. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Эм Т.В. Психотерапия психопатологических расстройств у матерей и жен, сыновья и мужа которых страдают алкогольной зависимостью. *Вопросы наркологии*. 2016; № 11-12: С. 71-85.
196. Meyers J.L., Dick D.M. Genetic and environmental risk factors for adolescent-onset substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010; № 19(3): 465-77.
197. Whitesell M., Bachand A., Peel J., Brown M. Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *J Addict*. 2013; 2013: 579310. URL: <https://www.hindawi.com/journals/jad/2013/579310>.
198. Szapocznik J., Zarate M., Duff J., et al. Brief strategic family therapy: engaging drug using, problem behavior adolescents and their families in treatment. *Soc Work Public Health*. 2013; № 28: 206-223
199. Foxcroft D.R., Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; № 9. Art. No.: CD009308.
200. Fals-Stewart W., O'Farrell T.J., Birchler G.R. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are, and where we're going. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2005; № 19 (3): 229–247.
201. O'Farrell T.J. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2012; № 38(1): 122–144.
202. Suresh Kumar P.N., Thomas B. Family intervention therapy in alcohol dependence syndrome: One-year follow-up study. *Indian J Psychiatry*. 2007; № 49: 200-4.
203. Powers M.B., Vedel E., Emmelkamp P.M.G. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*. 2008; № 28 (6): 952-962.
204. McCrady B. S., Epstein E. E., Cook S. et al. A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009; № 77: 243–256.

Приложение А1. Состав рабочей группы

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций: Профессиональное сообщество врачей-наркологов. Ассоциация наркологов.

Конфликт интересов: нет

Все члены рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врач психиатр-нарколог
2. Врач-психиатр-нарколог участковый
3. Врач психиатр-подростковый
4. Врач психиатр
5. Врач-психиатр участковый
6. Врач психотерапевт
7. Медицинский психолог

При разработке настоящих клинических рекомендаций использованы следующие информационные средства:

- «Требования к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе». Письмо Первого заместителя министра здравоохранения И.Н.Каграманяна от 01 сентября 2016г. №17-4/10/1-4939.
- Анализ источников научной литературы и других данных, а также интернет-ресурсов за последние 10 лет:
 - отечественные: руководства для врачей, научные публикации в периодических изданиях, научная электронная библиотека e-library, Государственный Реестр Лекарственных Средств, Регистр лекарственных средств, Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации;
 - зарубежные: Cochrane Library, Medline, MedScape, PubMed, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

- Регламентирующие документы Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

При разработке настоящих клинических рекомендаций использовались рейтинговые схемы для оценки уровня достоверности доказательств (1, 2, 3, 4, 5) (Приложение 1, 2) и уровня убедительности рекомендаций (А, В, С) (Приложение 3, 4)

Приложение 1 - Рейтинговая схема оценки уровня достоверности доказательств для диагностических вмешательств

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Примечание:

УДД – уровень достоверности доказательств

Приложение 2 - Рейтинговая схема оценки уровня достоверности доказательств для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

УДД	Иерархия дизайнов клинических исследований по убыванию уровня достоверности доказательств от 1 до 5
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Примечание:

УДД – уровень достоверности доказательств

РКИ – рандомизированное клиническое исследование

Приложение 3 - Рейтинговая схема оценки уровня убедительности рекомендаций для диагностических вмешательств

УУР	Описание
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)

В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Примечание:

УУР – уровень убедительности рекомендаций

Приложение 4 - Рейтинговая схема оценки уровня убедительности рекомендаций для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

УУР	Описание
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Примечание:

УУР – уровень убедительности рекомендаций

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр 1 раз в 3 года.

Приложение Б. Алгоритм диагностики синдрома зависимости



Приложение В. Информация для пациента

Что такое алкоголизм

В медицине алкоголизм и наркомания (независимо от вида употребляемого наркотика) имеют одно общее название – болезни зависимости. Почему? Ответим на этот вопрос.

С медицинской точки зрения алкоголизм – это хроническое, прогрессирующее (прогрессирующее) заболевание, обусловленное действием алкоголя как наркотического вещества. Данное заболевание имеет свои характерные синдромы (проявления), особенности развития и течения, а также определенные исходы, которые определяются стойкими соматоневрологическими нарушениями (болезни внутренних органов и нервной системы) и психической деградацией (поглупление, слабоумие).

Основные проявления алкоголизма, особенности течения и формирования данного заболевания.

1. Случайное пьянство, эпизодическое пьянство.

Очень часто пациент на вопрос врача «Как Вы употребляете алкоголь?» отвечает: «Умеренно, как все, по праздникам». Потом, в процессе беседы, конечно же, все встает на свои места, но, тем не менее, нужно четко понимать градацию и разницу между умеренным, обычным употреблением спиртных напитков и привычным или бытовым пьянством. При всей относительности понятия «умеренное» употребление алкоголя, оно характеризуется определенными признаками:

1. Спиртные напитки употребляются редко – не чаще 1 раза в месяц, дозы небольшие и не вызывают сколь-нибудь заметного опьянения;
2. При умеренном употреблении спиртных напитков полностью сохраняется контроль за количеством выпиваемого алкоголя, а также критическая оценка своего поведения, не наблюдается заметных расстройств моторики;
3. Спиртные напитки употребляются лишь в нерабочее время, при соответствующей ситуации.

Злоупотребление алкоголем начинается, как правило, со случайного или эпизодического пьянства. При этом употребляются такие дозы алкогольных напитков, которые вызывают выраженное состояние опьянения, но это происходит эпизодически, а в периоды воздержания влечение к алкоголю отсутствует. Уже на этом этапе можно заметить, что у человека постепенно развивается привыкание организма к алкоголю, то есть прежние дозы не вызывают заметного опьянения, поэтому для получения соответствующего эффекта пьющий начинает повышать дозы. На медицинском языке это называется рост толерантности.

2. Систематическое злоупотребление алкоголем.

За привычным или эпизодическим пьянством следует систематическое пьянство, во время которого формируются основные симптомы (проявления) алкоголизма. На этом этапе выпивки учащаются, возникают они практически по любому поводу, значительному или незначительному. Человеку очень трудно воздерживаться от употребления спиртных напитков, он начинает сам активно искать поводы для выпивки. В периоды вынужденного воздержания от алкоголя (семейные неурядицы, отсутствие денег, работа и пр.) у такого человека (привычного пьяницы) возникают расстройства настроения, у него появляется такое чувство, как будто чего-то не хватает, «все не по себе». Но человек уже знает «свое лекарство»: очередной прием алкоголя снимает все эти неприятные ощущения. Спиртные напитки употребляются как правило, не реже 1-2 раз в неделю, а в ряде случаев – ежедневно. Но на данном этапе еще сохраняется контроль за количеством потребляемого алкоголя. Тем не менее, здесь уже четко выражено повышение толерантности к алкоголю (см. выше). Одновременно исчезают защитные рефлексy. Например, если раньше человек выпивал достаточную дозу алкоголя и у него могла возникнуть рвота, то теперь рвота исчезает. Следует отметить, что даже очень большая, обычно сильно опьяняющая доза не вызывает рвоты. Проще говоря, организм устает бороться и болезнь начинает властвовать.

3. Начальная (первая) стадия алкоголизма.

А) Повышение толерантности – самый ранний и наиболее распространенный признак привыкания к алкоголю и формирования болезни.

Б) Следующий признак болезни – формирование патологического влечения к алкоголю, иными словами – формирование психической зависимости. Влечение к алкоголю может быть выражено то более, то менее отчетливо. Нередко желание выпить носит довольно навязчивый характер, отвлекает человека от работы, направляет его энергию на удовлетворение своего желания. Вот так пьянство превращается в основной жизненный интерес. Характерно, что теперь уже больной человек стремится к выпивке несмотря на все противодействующие этому моменты: нехватка денег, семейные конфликты, служебные неприятности и пр. Когда сформировалось влечение к алкоголю, больной, что очень характерно, не хочет ему препятствовать, а если и хочет, то уже, как правило, не может с ним справиться без врачебной помощи.

В) Еще один немаловажный признак болезни – потеря контроля за выпитым. После первой порции спиртного резко усиливается желание выпить еще, появляется своеобразная «жадность к алкоголю». Поэтому пьющий продолжает пить до тех пор, пока не наступит глубокое опьянение. Таким образом человек лишается возможности «пить умеренно, как все». С этим мифом и желанием можно распрощаться навсегда. Все!

Всегда следует помнить, что потеря контроля над выпитым не исчезает даже после многих лет воздержания от алкоголя, чем и обусловлена невозможность перейти к «умеренному» употреблению алкоголя после лечения и воздержания, а всякая попытка возобновить употребление спиртных напитков неминуемо ведет к рецидиву («срыву») алкоголизма. Конечно, можно и отрицать потерю контроля, говорить, что Вы «можете не пить», что Вас «напоили» или найти любое другое оправдание своей болезни и пьянства. Выбор за Вами.

Г) Следующий признак болезни, который является следствием двух предыдущих – изменение характера опьянения. Появляется запятование, как правило, конца опьянения. То есть, чтобы привести себя в состояние опьянения, алкоголик поглощает токсическую дозу алкоголя – до 0.5 л водки и более. Естественно, такое выраженное опьянение может сопровождаться злобностью, агрессивностью, драчливостью. После протрезвления человек может не помнить как он дошел до дома, как скандалил с женой или соседями, как подрался с соседом по лестничной клетке и кто вытащил все деньги из карманов. Он может искренне считать, что не мог себя так вести, как ему об этом рассказывают. Может даже подумать, что его ложно обвиняют.

Все вышеперечисленные признаки характеризуют начальную, первую или «преклиническую» стадию алкоголизма. Название «преклиническая» обусловлено тем, что не все признаки болезни выражены ярко и отчетливо. Как правило, больные в этой стадии, к сожалению, к врачам не обращаются, алкоголиками себя не считают, оправдываясь пресловутым «пью как все», и лечиться не желают.

4. Развернутая (вторая) стадия алкоголизма.

Здесь формируются основные симптомы заболевания. Ко всем вышеперечисленным проявлениям присоединяются следующие:

А) Алкогольный абстинентный синдром (похмелье, желание опохмелиться с целью улучшить свое физическое состояние). Симптомы похмелья вызываются уже не столько самим алкоголем, сколько продуктами его неполного распада, образующимися в организме. Абстинентный синдром также развивается исподволь, постепенно, не сразу. На первых этапах становления абстинентного синдрома потребность в опохмелении возникает только после приема больших доз алкоголя, например, 0.5 – 0.7 л водки, а после употребления 200 – 300 мл потребности в опохмелении нет. При дальнейшем злоупотреблении алкоголем потребность в опохмелении возникает и после небольших количеств выпитого. Клинически абстинентный синдром на первом этапе проявляется головной болью, слабостью, недомоганием, тошнотой, иногда – рвотой, дрожью в руках и в теле, перебоями в сердце. В последующем присоединяются и психические нарушения: больной мучается бессонницей,

у него развивается тревога, не может найти себе места, могут возникать беспричинные вспышки раздражительности и злости, в это время держится потливость и дрожь, одним словом: «на душе муторно». Еще один немаловажный факт: если раньше «похмелье» длилось всего несколько часов, то на более развернутых стадиях оно длится уже 2 – 7 суток и даже больше.

Итак, формирование алкогольного абстинентного синдрома свидетельствует о том, что в организме произошли необратимые изменения по отношению к алкоголю. Алкогольный абстинентный синдром, возникнув, уже не исчезает даже после многих лет воздержания от алкоголя. Он может только утяжеляться. Этим во многом и определяется врачебная тактика: добиться полного воздержания от алкоголя, исключить употребление каких бы то ни было спиртных напитков в течение всей дальнейшей жизни.

Б) Постоянное, перемежающееся и запойное пьянство – одно из проявлений болезни, при котором формируется, так скажем, наиболее привычный ритм злоупотребления спиртных напитков.

Постоянная форма характеризуется длительным, продолжающимся недели и месяцы злоупотреблением алкоголем. Это не значит, что при этой форме не бывает перерывов, однако они редки, кратковременны и, как правило, обусловлены экстраординарными ситуациями (например, соматическими заболеваниями, тяжелой или сменной работой и т.д.).

Вторая форма – перемежающееся пьянство – имеет следующий характер: на фоне многонедельного или многомесячного пьянства возникают периоды его резкого усиления. В конце такого «запоя» могут быть короткие (1 – 3 дня) перерывы, связанные, с истощением организма и непереносимостью спиртных напитков. Затем выраженность этих явлений вновь уменьшается. Наступает период, когда больной пьет относительно умеренно, после чего следует «запой», подобный описанному выше.

Третья форма – запойное пьянство. Алкоголь употребляется регулярно на протяжении нескольких дней или недель. Потом следуют «светлые промежутки». Их длительность различна – от 7 – 10 дней до нескольких недель и даже месяцев. После окончания «запоя» наблюдается резко выраженный абстинентный синдром, часто отмечаются психические нарушения в виде бессонницы, пониженного фона настроения, чувства виновности, тревоги, немотивированных страхов и др.

В) Изменения личности (алкогольная деградация). Теперь уже, то есть во второй стадии, в облике алкоголика отчетливо проявляются черты «нравственного огрубения», «портится характер»: человек лжив, бахвалится несуществующими победами и подвигами, становится грубым, бесцеремонным, эгоистичным, циничным. Не считаясь с интересами

семьи, алкоголик проявляет чрезвычайное упорство при требовании и доставании денег на выпивку, утрачивает чувство такта. Эмоциональная сфера также страдает: появляются беспричинные колебания настроения – от беспричинной веселости, общительности, оптимистичности до мрачности, подавленности, злобности, гневливости. Появляется грубый юмор – склонность к плоским, пошлым шуткам. Причем самое печальное в этом то, что сам больной этого, как правило, не замечает. Страдают окружающие. Может быть и снижение интеллекта и памяти: ухудшается внимание, снижается способность запоминать, приобретение новых знаний и навыков также затруднительно и пр.

Г) Алкогольные психозы – отдельная тема.

5. Конечная (третья) стадия алкоголизма.

На этой, можно сказать, заключительной стадии алкоголизма, наступает выраженное истощение организма. Переносимость алкоголя резко снижается, опьянение возникает уже после небольшого количества спиртного (водки, вина, пива и пр.). Алкоголик постоянно находится в опьянении и испытывает непреодолимое желание влечение к алкоголю – дрожащими руками тянется за очередной дозой алкоголя, попрошайничает, унижается. «Трезвых дней» очень мало, они бывают, когда больному не в состоянии достать спиртные напитки. Развиваются резкие нарушения психики вплоть до психозов (напомним, что это тема отдельной лекции), особенно хронические (длительные, затяжные) формы. Утрачивается способность к производительному труду. Больному уже не в состоянии работать, теряет свою квалификацию, стремится вести паразитический образ жизни. Не будем говорить о том, что утрачиваются духовные интересы, теряются семейные связи. Алкоголик превращается в тяжелое бремя для окружающих. На этой последней стадии наиболее выражены поражения внутренних органов и нервной системы, обусловленные влиянием длительной алкогольной интоксикации, в том числе такие тяжелые заболевания как полиневриты, цирроз печени, слабоумие и другие.

Описанное течение заболевания обусловлено действием алкоголя, прежде всего, на центральную нервную систему, в которой при хроническом алкоголизме постепенно возникает атрофия (уменьшение) головного мозга, поражение и гибель нервных клеток, изменения кровеносных сосудов. Одновременно развиваются и постепенно нарастают болезненные изменения внутренних органов: печени, желудочно-кишечного тракта, сердца, половой системы. Распад личности, физическая немощность – неминуемые исходы алкоголизма.

Такой человек нуждается в лечении, и чем раньше оно начато, тем лучше. Но очень многое зависит от того, насколько сам пациент понимает то, что он болен. Именно

осознание и признание своей болезни является первым шагом к восстановлению. И этот первый шаг, как правило, всегда является самым трудным.

Соматические осложнения алкоголизма

Этиловый спирт - это универсальный яд. В организме человека нет ни одной клетки, которую бы спирт не повреждал, проникая в нее. Поражаются все органы, но некоторые ткани – нервная и железистая, к примеру, разрушаются в большей степени, так как алкоголь легче в них проникает, и клетки этих систем не приспособлены для переработки вредных веществ.

Поражение пищеварительной системы

Изменения начинаются уже в полости рта, где алкоголь подавляет секрецию и повышает вязкость слюны. Зубы алкоголика разрушаются по многим причинам – это и угнетение иммунитета, и нарушение режима питания, и неряшливость.

Из-за того, что угнетаются защитные механизмы, развивается алкогольный эзофагит (воспаление пищевода). Нарушается процесс глотания – пища начинает забрасываться из желудка в пищевод. Это связано с воздействием алкоголя на сфинктеры пищевода. Изжога, рвота – неизбежные спутники алкоголика. Вены пищевода при хроническом отравлении этанолом расширяются (это называется - варикозное расширение вен пищевода), стенка их истончается и наступает момент, когда вены лопаются в момент рвоты и начинается сильное кровотечение. Только экстренная хирургическая операция спасает в этом случае больного. Но чаще смерть наступает раньше, чем больного доставляют к хирургу.

При алкоголизме снижается секреция желудочного сока, претерпевает изменения защитный гель стенок желудка, развивается воспалительный процесс (гастрит). Итогом является атрофия клеток желудка, нарушение переваривания пищи, усвоения пищевых веществ, желудочные кровотечения, развиваются язвы желудка, рак желудка. Изменения в желудке обнаруживаются у 95% алкоголиков.

При хроническом употреблении спиртного замедляется продвижение пищевых масс по кишечнику. Прием алкоголя повреждает мембраны и содержимое клеток кишечника. Происходит разрушение сосудов стенок кишки, нарушается кровоснабжение ворсинок, отвечающих за всасывание. Нарушается всасывание полезных веществ и выделение вредных, нарушается обмен веществ.

На стенках кишечника образуются эрозии (это связано с тем, что при нарушении кровоснабжения повышается давление в мелких сосудах и они лопаются). Кишечные ворсинки постепенно укорачиваются.

Погибают полезные микроорганизмы – обитатели кишечника, которые вырабатывают витамины группы В. Т.е. постепенно, по истощении витаминного депо

(запаса витаминов группы В) наступает авитаминоз. А именно авитаминоз является основной причиной тяжелых нервных осложнений алкоголизма. Нарушается усвоение всех микроэлементов, в обмене которых задействованы витамины, происходит потеря белка.

Одновременно размножаются вредные микроорганизмы – обитатели кишечника, использующие для питания полезные вещества пищи и отравляющие организм продуктами своей жизнедеятельности. Развивается алкогольный энтерит (воспаление кишечника), основным проявлением которого является диарея (ослабление стула). Систематическое употребление алкоголя истощает секреторные процессы поджелудочной железы. Секреторные клетки замещаются опорными, все меньше остается клеток, способных функционировать. Развивается острый или подострый панкреатит. Как известно, поджелудочная железа вырабатывает инсулин – гормон, отвечающий за обмен сахаров в организме человека. Его выработка закономерно снижается при алкоголизме. Сначала возникает состояние, которое врачи называют «изменение толерантности к глюкозе» а затем – приобретенный сахарный диабет.

Алкогольное поражение печени – процесс, имеющий несколько стадий. На первой стадии из-за того, что печень не справляется с переработкой токсинов, происходит ее компенсаторное увеличение. Затем клетки, постоянно нейтрализующие этанол и его метаболиты, погибают от чрезмерной работы и их место занимает жировая ткань (алкогольный жировой гепатоз). На фоне жирового перерождения печени развивается алкогольный гепатит (воспаление клеток печени). По изменениям тканей, проявлениям, последствиям алкогольный гепатит не отличим от вирусного гепатита. Постепенно в определенных областях печени происходят некрозы (гибель клеток). С этого момента заболевание печени приобретает необратимый характер, т.е. даже при прекращении приема алкоголя печеночные клетки не восстановятся.

Алкогольный цирроз печени, 3-ю стадию алкогольного поражения печени, можно охарактеризовать так. После того, как основная часть клеток печени погибает, из оставшихся клеток начинают формироваться узлы, представляющие собой хаотично расположенные нефункционирующие клетки печени. Печень становится бугристой, уменьшается в размерах. Узлы сдавливают вены печени и кровообращение всего тела нарушается. Компенсаторно расширяются вены пищевода, желудка, кишечника. Алкоголики, у которых диагностирован цирроз печени, быстро умирают, так как происходит отравление вредными веществами, которые больше не утилизируются печенью; часто пациенты гибнут от кровотечений из расширенных вен. Из крупных узлов печени (если больной доживает до этого времени) образуются раковые опухоли

(гепатоцеллюлярная карцинома). Опухоли развиваются из-за прямого токсического действия алкоголя и из-за иммунодефицита.

Поражение сердечно-сосудистой системы.

Алкогольное поражение сердца развивается вследствие прямого действия алкоголя ацетальдегида (продукта переработки алкоголя), глубоких структурных перестроек и физико-химических нарушений. При систематическом приеме алкоголя снижаются сократимость и работоспособность миокарда (сердечной мышцы). Клетки сердца отекают, разрушаются, уменьшается количество клеточных ядер, нарушается структура мышечных волокон, разрыхляются и разрушаются клеточные оболочки, нарушается синтез белка в клетках сердца. Затем обнаруживается дистрофия клеток, микро- и макронекрозы.

У больных алкоголизмом регистрируют весь спектр нарушений проводимости и возбудимости. Чаще всего встречается предсердно-желудочковая блокада, синдром преждевременного возбуждения желудочков и блокада проводящих путей сердца.

Осложняется алкогольное поражение сердца гипертонической болезнью и атеросклерозом сосудов.

Величина артериального давления у лиц, злоупотребляющих алкоголем, изначально выше (на 10-15%), чем у воздерживающихся от его приема. Это – дополнительная нагрузка на сердце.

Существует понятие «алкогольного сердца». Им обозначают наблюдающееся на вскрытии типичный вид сердца алкоголика. Размер сердца увеличен за счет увеличения полостей и разрастания соединительной (не функциональной, мышечной, а соединительной) ткани. Прекращение употребления алкоголя в состоянии компенсации приостанавливает токсическое поражение миокарда. Если воздействие повреждающего фактора остается, развивается декомпенсация. Уменьшается сила и скорость сердечных сокращений, развивается сердечная недостаточность: отеки всех органов. Выздоровление на этой стадии алкогольного поражения сердца невозможно.

Поражение иммунной системы.

Систематическое злоупотребление спиртными напитками вызывает снижение фагоцитоза. Фагоцитоз относится к числу важнейших защитных антиинфекционных механизмов организма. С его помощью уничтожаются микробы и измененные, опасные клетки организма. Угнетается защитная функция белков крови. Снижается уровень лизоцима, белка, содержащегося во многих секретах человека (слюне, слезах, тканях различных органов, скелетных мышцах) и способного оказывать антимикробное действие, расщеплять оболочку микробов. Уменьшается количество лимфоцитов – клеток иммунитета. Это обусловлено как прямым токсическим действием этанола на костный

мозг, где вырабатываются лимфоциты, так и дисфункцией печени. Снижение иммунитета приводит к образованию стойких очагов хронической инфекции. Алкоголики чаще, чем люди, воздерживающиеся от спиртного, болеют инфекционными заболеваниями (пневмониями, абсцессами и пр.). Но основную опасность для организма представляют антитела к собственным нормальным клеткам (аутоантитела), которые начинают синтезироваться под влиянием алкоголя. В частности, у каждого второго больного обнаруживают аутоантитела к печени, у каждого четвертого к селезенке. Существуют аутоантитела к мозговой ткани.

Поражение нервной системы

Алкоголизм проявляется множеством неврологических симптомов, в основе которых лежат нарушения обмена в нервной ткани, гибель нервных клеток, увеличение внутричерепного давления, разрушение оболочек нервных стволов.

Систематическое употребление алкоголя приводит к преждевременной старости и инвалидности. Продолжительность жизни лиц, склонных к пьянству, на 15-20 лет короче среднестатистической. Главными причинами смерти лиц, злоупотребляющих алкоголем, служат несчастные случаи и травмы. Больные алкоголизмом умирают, как правило, не от алкогольной болезни, а от сопутствующих заболеваний, развивающихся в связи со снижением иммунитета, поражения печени, сердца, сосудов.

Психические и неврологические последствия алкоголизма.

Психоз - состояние, возникающее у 10% больных на поздних (второй-третьей) стадиях алкоголизма, связанное нарушением обмена веществ в головном мозге, кислородным голоданием нервных клеток, токсическим влиянием алкоголя и присоединением других заболеваний. Возникают психозы, как правило, не в момент алкогольной интоксикации, а спустя несколько дней после прекращения приема алкоголя. У больного алкоголизмом развивается помрачение сознания, человек живет в своих фантазиях, не отдает себе отчета о своих действиях. Больному страшно, кажется, что кто-то его преследует, хочет причинить вред, все это сопровождается тяжелыми болезненными переживаниями. От состояния аффекта психоз отличается тем, что при психозе человек как бы живет «внутри себя», не понимает, что переживания его не связаны с реально существующими проблемами.

После каждого психоза в головном мозгу остается след, похожий на маленький рубец. В свою очередь, каждая новая доза спиртного оставляет после себя разрушенные нервные клетки. Когда «рубцов» на головном мозгу становится много, наступает слабоумие.

Белая горячка (делирий, delirium tremens) – самый частый из алкогольных психозов. Возникает она, прежде всего, из-за глубоких нарушений обмена веществ во всем организме. Первому приступу делирия обычно предшествует длительный запой или длительное, длящееся месяцами, непрерывное пьянство. Последующие психозы могут возникать и после непродолжительных периодов пьянства. Поражение печени при злоупотреблении алкоголем приводит к нарушению ее функции, поломке компенсаторного механизма. Прекращается переработка спирта, находящегося в организме в значительных концентрациях. Образуется много промежуточных токсичных продуктов разложения алкоголя. Кроме того, сопровождающий алкоголизм авитаминоз (особенно витаминов группы В) вызывает нарушение обмена такого вещества как глютаминовая кислота, что повышает патологическую возбудимость нервной системы. Пусковым механизмом для белой горячки является 3-5 день воздержания от спиртного, момент снижения концентрации алкоголя в крови. Чаще белая горячка (делирий) развивается у людей с ранее перенесенными черепно-мозговыми травмами, с хроническими заболеваниями, у больных с поздним началом алкоголизма.

Чем же проявляется белая горячка? Вначале наблюдаются расстройства сна, кошмарные, устрашающие сновидения, страхи. У 20% пациентов на этой стадии делирия отмечаются судорожные припадки. Затем подавленность, беспокойство, страх сменяются благодушным, приподнятым настроением, беспричинным весельем. Больные становятся разговорчивы, непоседливы, говорят быстро, бессвязно, легко отвлекаются. Появляются наплывы ярких воспоминаний, могут отмечаться даже слуховые галлюцинации (оклики, щелчки, звуки), бред. Затем возникают зрительные иллюзии, галлюцинации. Сон по-прежнему прерывистый, с устрашающими сновидениями. Проснувшись, больной не может отличить сновидения от реальности. Появляется светобоязнь. Затем возникает полная бессонница.

Преобладают микроскопические подвижные множественные галлюцинации: насекомые или мелкие животные. Значительно реже возникают галлюцинации в виде крупных животных или фантастических чудовищ. Больные испытывают страх. Часто встречаются зрительные галлюцинации в виде паутины, нитей, проволоки. Окружающие предметы как-бы качаются, падают, вращаются. Изменяется чувство времени, время для больного укорачивается или удлиняется. Поведение, эмоции, бредовые высказывания соответствуют содержанию галлюцинаций. Больные пытаются убежать, уехать, спрятаться, стряхивают что-то с себя, обращаются к мнимым собеседникам. Возможны 3 варианта дальнейшего развития психоза. Либо психоз заканчивается, либо переходит в хроническую форму, либо

наступает глубокое помрачение сознания, кома, и пациент умирает. Воспоминания о перенесенном психозе сохраняются частично. Психоз продолжается до 10 дней. Смертность при делириях составляет 1-2% по данным разных исследователей. Среди причин смерти основными являются отек мозга и присоединение воспаления легких, сердечно-сосудистой недостаточности.

Алкогольные энцефалопатии – общее обозначение для особой группы психических нарушений, развивающихся, как правило, на 3-й стадии алкоголизма. При энцефалопатиях психические расстройства всегда сочетаются с нарушениями функционирования внутренних органов и поражением нервов. Чаще болеют мужчины. Чаще заболеванию предшествует психоз.

Энцефалопатия Гайе-Вернике. Начинается эта энцефалопатия после белой горячки. Больной отмечает сонливость, зрительные галлюцинации и иллюзии, может периодически выкрикивать отдельные слова, что-то невнятно бормотать; возможны кратковременные состояния обездвиженности, «застывания» с напряжением всех групп мышц. Быстро нарастают физическая слабость, пропадает аппетит, больной перестает двигаться. Через несколько дней нарушается сознание, вплоть до комы.

С самого начала энцефалопатии Вернике наблюдается дрожь, приступы спазмов, произвольные движения конечностей, полиневриты. Характерен внешний вид больных. Как правило, они истощены, цвет лица у них землисто – серый или желтоватый с грязным оттенком, лицо одутловато, характерна своеобразная сальность лица. Кожа сухая, дряблая, шелушится. Конечности синюшны, отечны, на них легко образуются обширные некротические пролежни (особенно при недостаточном уходе). Повышение температуры – это неблагоприятный признак. Артериальное давление низкое, часты обмороки. Часто отмечается жидкий стул. Смертельный исход при острой энцефалопатии – не редкость, смерть обычно наступает в середине или к концу второй недели от начала психоза. Чаще всего этому способствует пневмония. Психоз, не приводящий к смерти, длится 3-6 недель. Варианты исходов: переход в Корсаковский психоз (описан ниже), слабоумие, других исходов нет.

Корсаковский психоз называют «алкогольным параличом». Как правило, Корсаковский психоз развивается после перенесенных тяжелых делириев, но может возникнуть и без тяжелых предшествующих нарушений сознания.

Корсаковский психоз – это хроническая энцефалопатия.

Пациент путается во временной последовательности событий. Он рассказывает о как будто только что произошедших с ним событиях из обыденной жизни или о ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью (например, пациент, который несколько

недель не покидал клинику, говорит, что вчера ездил на дачу, копал, сажал саженцы и т.п.) Иногда наблюдаются фантастические, приключенческие высказывания.

Наблюдаются невриты нижних конечностей. Степень поражения нервов ног может быть различной, от легких нарушений походки до полного нарушения способности самостоятельно передвигаться.

Выздоровление, если оно наступает, что бывает крайне редко, происходит в течение года от начала психоза, т.е. заболевание непременно хронизируется. Чаще формируется выраженный дефект – слабоумие. Встречаются летальные исходы от кровоизлияний, приводящих к размягчениям в больших полушариях головного мозга. Алкогольная эпилепсия – это возникающие из-за токсического поражения мозга судорожные припадки.

Следует понимать, что припадки возникают из-за длительного приема спиртных напитков. Чаще всего они формируются на 2-3 стадии алкоголизма. Возникают в стадии похмелья. Наиболее характерны большие судорожные припадки (с падением человека на пол, судорогами всего тела, прикусом языка, мочеиспусканием), но могут наблюдаться и другие. Каждый припадок оставляет след в головном мозге. При полном воздержании от алкоголя у небольшого количества пациентов возможно прекращение припадков.

Алкогольная деградация развивается на поздних стадиях алкоголизма. Характеризуется стойким ухудшением памяти и интеллекта, эмоциональным огрубением, этическим снижением, утратой критики к своему злоупотреблению алкоголем и состоянию в целом, упадком способности к систематическому труду и обычно потерей прежнего положения в обществе. Существует 3 типа деградации. Рассмотрим их.

Деградация с пассивностью – больной вял, пассивен, безынициативен, утрачивает прежние интересы. Даже в кругу собутыльников он остается пассивным свидетелем происходящего; какая-либо активность возникает только тогда, когда речь идет о приобретении спиртных напитков. Такие больные склонны к иждивенческому образу жизни.

Деградация с психопатоподобными симптомами - у больного отмечается повышенная раздражительность, гневливость, склонность к истерикам и депрессиям. Такие больные откровенно циничны, не терпят возражений, агрессивны или же, наоборот, трусливы, подобострастны и лживы.

Деградация с эйфорией – в состоянии больного преобладает беспечное, благодушное настроение при резком снижении критики к своему поведению и положению. Характерны излишняя откровенность больных в общении с окружающими, шуточный тон и изобилие шаблонных оборотов речи и стереотипных избитых шуток. Описанный при алкоголизме

алкогольный юмор наиболее выражен у этих больных. У этих больных «невозможно пробудить ни гордость, ни самолюбие, ни чувство достоинства».

Осложнения алкоголизма, описанные в этой работе, типичны для далеко зашедшей болезни. Лечить их сложно. Предотвратить также сложно – надо отказаться от приема спиртного вовремя.

Приложение Г. Алгоритм Наранжо

№№	Вопросы	Да	Нет	Неизвестно
1	Были ли ранее достоверные сообщения об этом НЯ?	+1	0	0
2	НЯ возникло после введения (приема) подозреваемого лекарства?	+2	-1	0
3	Улучшилось ли состояние испытуемого (проявления НЯ) после прекращения приема препарата или после введения специфического антидота?	+1	0	0
4	Возобновилось ли НЯ после повторного введения препарата?	+2	-1	0
5	Есть ли еще причины (кроме подозреваемого лекарства), которые могли вызвать НЯ?	-1	+2	0
6	Было ли лекарство обнаружено в крови (или других жидкостях) в концентрациях, известных как токсические?	+1	0	0
7	Было ли НЯ более тяжелым после увеличения дозы и менее тяжелым после ее уменьшения?	+1	0	0
8	Отмечал ли испытуемый аналогичную реакцию на то же или подобное лекарство при прежних его приемах?	+1	0	0
9	Было ли НЯ подтверждено объективно?	+1	0	0
10	Отмечалось ли повторение НЯ после назначения плацебо?	-1	+1	0

Приложение Д. Психотерапия

Приложение Д1. Методы психотерапии

Метод	Характеристика метода
Мотивационное интервью	Целенаправленный, динамичный, циклический процесс работы и способ общения с пациентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления ПАВ, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий употребления над положительными и необходимость изменения поведения пациента; выявляются предпосылки изменений. Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как стадия мотивации, на которой находится пациент, внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов. Базовый подход в работе специалистов.
Когнитивно-поведенческая психотерапия	Процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного с потреблением ПАВ. Они включают в себя мотивационное интервью, самоконтроль, управление образом жизни и методы предупреждения рецидивов, включая тренинг социальных навыков. Применение данного комплекса методик подразумевает, что изменение поведения проходит через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения – действия – решение – поддержание изменений и предупреждение рецидивов. В конце АС возможно проведение 1-2 сессий.
Трансакционный анализ	Метод психотерапии для личностного роста и личностных изменений, включает свою философию, теорию и различные технологии для изменения, в том числе, зависимого поведения.
Семейная психотерапия	Применяются различные методики (мотивационные, когнитивно-поведенческая терапия, трансакционный анализ, системная психотерапия) с целью коррекции патологических типов семейных отношений либо созависимого поведения. Объектом психотерапевтического воздействия является больной и его семейное окружение.
Психодинамическая психотерапия	Психодинамическая психотерапия помогает пациенту понять глубинный личностный смысл алкогольной либо наркотической зависимости, позволяет сфокусировать его внимание на «ядерных темах конфликтных отношений» и постепенно, тем самым, дезактуализировать патологическое влечение к психоактивному веществу. В основе лежит психоаналитическая теория о приобретенных и закрепленных в детстве комплексах, которые в дальнейшем ведут к дисгармоническому развитию, психологическому неблагополучию. Это может привести к формированию повышенной потребности в употреблении ПАВ. Соответственно, психоаналитический подход позволяет изживать эти комплексы, тем самым улучшать и стабилизировать психологическое состояние пациента, уменьшая его потребность в ПАВ.
Группы само- и взаимопомощи	Проходят в сообществах, объединяющих мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силами и надеждами, с целью помочь себе и другим избавиться от алкоголизма, наркомании. Основной принцип работы таких

	<p>групп – это положительный пример трезвой жизни и обмен опытом по ее достижению. Характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего, на изменение стереотипных установок личности, а также ее внутреннего состояния.</p>
--	--

Приложение Д2. Основные воздействия, применяющиеся при психотерапии

Воздействие	Развернутое определение
Психодиагностическое обследование	<p>Применение стандартизированных психодиагностических инструментов, структурированных и полуструктурированных интервью и пр. с целью оценки характерологических особенностей пациента, когнитивных функций, актуального эмоционального состояния, особенностей мотивационной сферы, наличия сопутствующих психических заболеваний, расстройств, связанных с употреблением ПАВ</p>
<p>Психотерапия</p> <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальная • Групповая • Семейная 	<p>Целенаправленная профессиональная помощь в изменении и восстановлении здорового состояния организма психологическими средствами; направлена на устранение личностных, аффективных, поведенческих и иных расстройств, оптимизацию межличностных отношений пациента, усиление мотивов на участие в лечебной программе, отказ от употребления ПАВ, социальную и профессиональную реинтеграцию</p>
Психологическая адаптация	<p>Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. Цель ПА в работе с пациентами с СЗ – восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни</p>
<p>Психологическое консультирование</p> <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальное • Групповое • Семейное 	<p>Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений.</p> <p>Семейное ПК в работе с пациентами с СЗ и их родственниками ориентировано на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Психообразование 2) Улучшение семейного функционирования, за счет: <ul style="list-style-type: none"> – Изменения паттернов зависимо-созависимых отношений – Изменения паттернов привязанности – Коррекцию негативных когнитивных и эмоциональных состояний и обучение способам совладания с ними – Обучения методам поддержки и противорецидивной профилактики – Профилактики внутрисемейной передачи

	<p>злоупотребления ПАВ между поколениями</p> <p>3) Повышение мотивации к лечению и комплаенса пациента за счет обеспечения социального контроля со стороны родственника</p>
<p>Психологическая коррекция</p> <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальная • Групповая • КР 	<p>Психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих нормативной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям.</p> <p>Целью психологической коррекции у больных с СЗ является развитие и усиление нарушенных исполнительных, а также иных высших психических функций.</p> <p>КР представляет собой поведенческий тренинг, ориентированный на достижение стойкого улучшения когнитивных процессов (внимания, памяти, исполнительных функций, социального познания и метапознания) и генерализацию полученных навыков в привычной среде</p>
<p>Трудотерапия; оккупационная терапия (синоним - эрготерапия)</p>	<p>Терапия занятостью. ТТ: ремесленный труд, иная профессиональная деятельность, целью которой является развитие либо формирование основных умений труда; адекватного восприятия ежедневной работы; ответственности; мотивации к трудовой деятельности. ОТ - осуществление пациентами каждодневной деятельности в контексте терапевтической среды с целью опробывания ролей и ситуаций, которые могут происходить дома, в образовательном учреждении, на рабочем месте, социальных взаимодействиях и т.д. В рамках ОТ осуществляется оценка бытового функционирования и соответствия уровня компенсации психических функций нормативным задачам самообслуживания, профилактики рецидива, обеспечения самопомощи. Центральная задача – адаптация больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность, моделируемую в стационаре или на производстве</p>
<p>Терапия средой</p>	<p>Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа и которая включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресoциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления ПАВ, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе</p>

Социально-реабилитационная работа	Система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресoциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Целью социально-реабилитационной работы является восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала
Аутогенная тренировка	Группа психотерапевтических техник, направленных на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса. Методика аутогенной тренировки основана на применении мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике. Лечебный эффект обусловлен возникающей в результате релаксации трофотропной реакции, сопровождающейся повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что, в свою очередь, способствует нейтрализации негативной стрессовой реакции организма
Техники осознанности	Осознанность (mindfulness) – способность безоценочно, предметно и буквально осознавать свой жизненный опыт (полноту и разнообразие содержания переживаемых событий и явлений) и одновременно осознание, что переживаемые ощущения есть внутренняя репрезентация опыта, некий субъективный слепок с реальности, а не сама объективная реальность. Цель ТО в лечении СЗ – обучение пациентов произвольному контролю и концентрации внимания для стимулирования более осознанного поведенческого выбора; совладания с патогенными когнициями и аффектом, что играет первостепенную роль в профилактике рецидива
<p>Примечания:</p> <p>КР – когнитивная реабилитация</p> <p>ОТ – оккупационная терапия</p> <p>ПА – психологическая адаптация</p> <p>ПАВ – психоактивное (-ые) вещество(-а)</p> <p>ПК – психологическое консультирование</p> <p>ТО – техники осознанности</p> <p>ТТ – трудотерапия</p>	

Приложение Е. Реабилитация

Приложение Е1. Уровни реабилитационного потенциала у пациентов с синдромом зависимости от ПАВ

В зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала пациенты с синдромом зависимости от ПАВ разделяют на три группы: с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала (УРП).

Высокий УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- низким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативным психическим и физическим развитием;
- хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;
- начальной (первой) стадией зависимости по МКБ-10;
- отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций;
- относительно позднее начало употребления ПАВ;
- наличием спонтанных ремиссий;
- низкой интенсивностью симптомов алкогольного или наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2-3 дней); постабстинентные расстройства не выражены или слабо выражены;
- достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений, вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствием вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;
- появлением первых признаков социальной дезадаптации;
- легкими морально-этическими нарушениями (частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появились лживость, грубость, позерство, непостоянство, черствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.);
- легкими интеллектуально-мнестическими нарушениями (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и пр.);
- легкими эмоциональными нарушениями (эмоциональная лабильность,

напряженность, повышенная раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.);

- легкой деградацией личности, при которой отсутствуют стойкие изменения личности больных (интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер);

- желание избавиться от пристрастия к ПАВ, в связи с чем мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста, т.е. преобладает желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать морально-этические принципы общества и т.д.

Частные признаки высокого УРЦ:

- относительно поздним началом употребления алкогольных напитков (14-15 лет);
- продолжительностью заболевания до 2-3 лет;
- отсутствием в анамнезе алкогольных психозов;
- высокой толерантностью к алкоголю;
- преимущественно периодической формой злоупотребления алкоголем.

Психологические особенности лиц с высоким уровнем реабилитационного потенциала:

1. Снижение качества жизни, связанное со здоровьем (физическое состояние практически не влияет на ролевое функционирование, достаточно позитивная оценка общего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения, жизнеспособность чаще оценивается положительно, физическое или эмоциональное состояние практически не ограничивает социальную активность (общение), эмоциональное состояние чаще всего не мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, настроение чаще положительное, чем отрицательное).

2. Низкий или средний уровень напряженности копинг-стратегий (конфронтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка). Допустимо небольшое повышение напряжения по наиболее адаптивной копинг-стратегии – планированию решения проблемы.

3. Недостаточно выраженная деформация смысложизненных ориентаций (средний или ниже среднего уровень общей осмысленности жизни, наличие целей на будущее, средний уровень эмоциональной насыщенности жизни, удовлетворенности самореализацией, легкое снижение представлений о себе, как о сильной личности, способной хоть в какой-то степени управлять своей жизнью).

4. Отсутствие выраженного нарушения значимых отношений личности (средневыраженный уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности, альтруизма).

5. Уровень макиавеллизма находится в пределах нормы, ближе к нижней ее границе (отсутствие выраженной манипуляции при общении с людьми, отсутствие или неярко выраженная эгоистичность).

6. Уровень эмпатии не достаточно снижен, находится в пределах нормы (отсутствие затруднения в установлении контактов с людьми, достаточно развитое взаимопонимание с окружающими).

7. Восприятие внутренней картины болезни практически не изменено (существует достаточно выраженная мотивация к преодолению болезни).

8. Отсутствие или слабо выраженное снижение уровня волевого самоконтроля (уровень развития самообладания, настойчивости и общего значения волевого самоконтроля находятся в пределах нормы или немного снижены, т.е. отсутствие у реабилитанта эмоциональной неустойчивости, ранимости, неуверенности в себе, невысокой рефлексивности, импульсивности и неустойчивости намерений, обидчивости, непоследовательности в поведении, сниженного самообладания).

9. Наличие социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков) и отсутствие сформированной мотивации к употреблению психоактивных веществ, особенно личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения) и патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).

10. Легкие нарушения, связанные с невыраженными изменениями восприятия психологического времени (намечается тенденция к переживанию прошлого, как негативного, но при достаточно выраженном положительном отношении к прошлому опыту, наличие средневыраженной ориентации на будущее, отсутствие убеждения жесткой определенности будущего, отсутствие ярко выраженной ориентации на получение удовольствия).

Средний УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- средним удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);
- воспитанием в неполной семье, средним или плохим материальным положением, часто неровными или деструктивными отношениями между членами семьи;
- относительно часто встречающейся задержкой физического или психического развития, девиантностью поведения, нарушениями сексуальной сферы, легкой внушаемостью;
- средней (второй) стадией зависимости по МКБ-10;
- короткими (до 3 мес.) и среднекороткими (до 6 мес.) терапевтическими ремиссиями;
- редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то они, как правило, короткие и неустойчивые;
- алкогольный и наркотический (героиновый) абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7-10 дней, постабстинентные расстройства – до 1,5 - 2 месяцев);
- в отношении к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.;
- средней степени деградацией личности – интеллектуально-мнестические и морально-этические изменения средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.). Вместе с тем, больные стремятся произвести хорошее впечатление на тех людей, которые их мало знают, тщательно скрывают злоупотребление наркотиками/алкоголем;
- конфликтными отношениями с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками;
- трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;
- однообразным или низким кругом социальных интересов;
- утратой профессиональных навыков и «умений», безразлично-пассивным отношением к труду;
- частичной социальной дезадаптацией и социофобией;
- средней выраженности морально-этическими нарушениями (значительные

нарушения нормативной ценностной ориентации, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, нарушения коммуникабельности, сексуальная распущенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность и пр.);

- средней выраженности интеллектуально-мнестическими нарушениями (явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня, (абстрагирование, планирование, гибкость познания, проницательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.);

- средней выраженности аффективными нарушениями (несдержанность, эмоциональная холодность).

Частные признаки среднего УРП:

- относительно ранним началом употребления алкогольных напитков (12-13 лет)
- продолжительностью заболевания не менее 3-5 лет;
- стабильной или несколько снижающейся толерантностью к алкоголю;
- наличием палимпсестов алкогольного опьянения;
- запойным типом пьянства;
- преимущественным преобладанием постоянного среднеинтенсивного влечения к алкоголю.

Психологические особенности лиц со средним уровнем реабилитационного потенциала:

1. Наличие определенных симптомов снижения качества жизни, связанного со здоровьем (физическое состояние оказывает влияние на ролевое функционирование, оценка общего состояния здоровья, перспектив лечения и жизнеспособности несколько снижается, наличие неявно выраженного ограничения социальной активности (общения) со стороны физического или эмоционального состояния, эмоциональное состояние чаще всего не мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, настроение чаще отрицательное, чем положительное).

2. Повышение напряженности копинг-стратегий (конфронтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка).

3. Средне выраженная деформация смысложизненных ориентаций (ниже среднего уровень общей осмысленности жизни, снижение степени нацеленности на будущее, низкий уровень эмоциональной насыщенности жизни и удовлетворенности самореализацией, снижение представлений о себе, как о сильной личности, способной хоть в какой-то степени управлять своей жизнью).

4. Наличие нарушений значимых отношений личности (повышенный уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности, при достаточно высоком уровне псевдоальтруизма).

5. Уровень макиавеллизма находится в пределах нормы, ближе к верхней ее границе (присутствие слабовыраженной манипуляции при общении с людьми, повышенный уровень эгоистичности).

6. Уровень эмпатии снижен (наличие слабовыраженных затруднений в установлении контактов с людьми, взаимопонимание с окружающими практически не нарушено).

7. Восприятие внутренней картины болезни изменено незначительно (средневыраженная мотивация к преодолению болезни).

8. Снижение уровня волевого самоконтроля (отсутствие достаточной уверенности в себе, снижение устойчивости намерений, низкая эмоциональная устойчивость, низкая способность владения собой в различных ситуациях, практически отсутствует чувство внутреннего долга, недостаточное стремление к завершению начатого дела).

9. Наличие социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков) и личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения), при отсутствии сформированной или слабовыраженной патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).

10. Наличие нарушений, связанных с изменениями восприятия психологического времени (низкий уровень принятия своего прошлого, сниженная способность осознания, что события в прошлом привели к тому, что есть в настоящем, отсутствие целей и планов на будущее, отсутствие или слабовыраженное убеждение жесткой определенности будущего, ориентация на получение удовольствия).

Низкий УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- высоким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра);
- воспитанием в неполных семьях среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье;
- злоупотреблением алкоголем (пьянством) одного или обоих родителей, гиперопекой родителей (или разведенной матерью);
- задержкой или патологией физического и, особенно, психического развития; инфантилизмом, невротическим развитием, психопатией, девиантным (порой делинквентным) поведением в анамнезе (примерно, в двух третях случаев);
- как правило, посредственной успеваемостью в школе (особенно в средних и старших классах);
- крайне ограниченным и неустойчивым кругом социальных интересов;
- конечной (третья) стадией зависимости по МКБ-10;
- отсутствием спонтанных ремиссий;
- отсутствием собственной супружеской семьи;
- крайне конфликтными или конфликтными семейными отношениями с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;
- чаще средним образованием, редко - незаконченным среднетехническим или высшим;
- снижением социально положительных установок на труд и учебу (как правило, больные не работают и не учатся, отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, у большинства больных профессиональные навыки и умение учиться частично, или полностью утрачены);
- почти тотальной социальной дезадаптацией и социофобией;
- грубыми морально-этическими нарушениями (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тунеядство, снижение материнского/отцовского инстинкта и пр.);
- выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические

(физиологические) и пр.);

- выраженными аффективными нарушениями (недержание аффектов, эмоциональное оупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.);

- выраженной деградацией личности - выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за своё заболевание на окружающих;

- торпидностью мышления, ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках или пьянстве;

- гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез или ВИЧ-инфекции,

- эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения;

- снижение либидо и потенции, сексуальные связи редкие или отсутствуют;

- критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания своего заболевания;

- отсутствие веры в возможность выздоровления и нормализацию социального положения, поэтому мотивация на участие в реабилитационном процессе в основном проявляется не добровольным осознанным согласием, а основана на прагматических мотивах: избежать преследования, наказания, получить "поддержку", выгоду и прочее.

Частные признаки низкого УРП:

- нередко ранним началом употреблением алкоголя с 11-12 лет;
- продолжительностью заболевания алкоголизмом более 5-ти лет;
- значительным снижением толерантности к алкоголю;
- наличием в анамнезе алкогольных психозов;
- алкогольной энцефалопатией;
- преобладанием постоянного влечения к алкоголю;

Психологические особенности лиц с низким уровнем реабилитационного потенциала:

1. Низкий уровень восприятия качества своей жизни, связанного со здоровьем (выраженное влияние физического состояния на ролевое функционирование, низкая оценка

своего состояния здоровья в настоящий момент и отсутствие перспектив реабилитации, выраженное ограничение социальной активности физическим или эмоциональным состоянием, низкая самооценка психического здоровья, эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности). Возможно неадекватное восприятие своего физического состояния.

2. Наблюдается повышение напряженности копинг-стратегий, достигающих до дезадаптивной формы (конфронтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка).

3. Выраженная деформация смысложизненных ориентаций (низкий уровень осмысленности жизни, отсутствие нацеленности на будущее, неудовлетворенность своей жизнью в настоящем, а также прожитой частью жизни, представление о себе как о достаточно слабой личности, низкий самоконтроль, неверие в возможность влиять на свое будущее).

4. Выраженные нарушения значимых отношений личности (высокий уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности и псевдоальтруизма).

5. Высокий уровень макиавеллизма (убежденность в том, что при общении с другими людьми ими можно и даже нужно манипулировать, недоверие к окружающим, частые, но неглубокие контакты с окружающими, предметная ориентация, эгоистичность).

6. Нарушение эмпатийных отношений (затруднение в установлении контактов с людьми, эмоциональная безучастность, отсутствие взаимопонимания с окружающими).

7. Искажение восприятия внутренней картины болезни (отсутствие мотивации к преодолению болезни, отсутствие модификации наркоманического образа поведения и восприятия, отсутствие позитивных изменений).

8. Нарушение волевой саморегуляции (отсутствие стремления к завершению начатого дела, высокая лабильность, неуверенность, импульсивность, которые могут приводить к непоследовательности поведения, отсутствие влияния социальных норм).

9. Наличие сформированности всех мотивов употребления наркотиков: социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков), личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения), патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).

10. Выраженные нарушения, связанные с искажением восприятия психологического времени (неприятие собственного прошлого, вызывающего отвращение, отсутствие целей и планов на будущее, ориентация на получение удовольствия, отсутствие

заботы о последствиях, беспомощное и безнадежное отношение к настоящему, твердое убеждение, что будущее определено, а настоящее должно переноситься с покорностью).

УРП оценивается с помощью Шкалы оценки УРП. Психологические особенности при определении УРП оцениваются с помощью применения специализированного кейс-пакета психодиагностических методик определения синдромального комплекса психологических нарушений.

Приложение Е2. Медицинские организации, осуществляющие реабилитацию пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

МР осуществляется в медицинских организациях любой формы собственности, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по МР.

Выделяются две основные группы таких учреждений (часть 1 статьи 50 Гражданского кодекса Российской Федерации):

- коммерческие организации, преследующие извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности;
- некоммерческие организации, не имеющие извлечение прибыли в качестве такой цели и не распределяющие полученную прибыль между участниками.

К некоммерческим организациям в соответствии с Федеральным законом «О некоммерческих организациях» от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ относятся следующие медицинские организации:

Государственные и муниципальные медицинские учреждения – созданы Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации и муниципальным образованием. Типами государственных и муниципальных учреждений признаются автономные, бюджетные и казенные. К ним относятся следующие медицинские организации: наркологические больницы, центры и клиники, реабилитационные центры, наркологические диспансеры.

Частные учреждения – созданы собственником (гражданином или юридическим лицом) для осуществления функций некоммерческого характера.

Общественные и религиозные организации (объединения) – добровольные объединения граждан, в установленном законом порядке объединившихся на основе общности их интересов для удовлетворения духовных или иных нематериальных потребностей.

Некоммерческие партнерства – основанная на членстве некоммерческая организация, учрежденная гражданами и (или) юридическими лицами для содействия ее членам в осуществлении деятельности в целях охраны здоровья граждан, развития физической культуры и спорта и т.д.

Ассоциации (союзы) – объединения юридических лиц и (или) граждан, основанные на членстве, в целях представления и защиты общих, в том числе профессиональных, интересов, для достижения общественно полезных, а также иных не противоречащих федеральным законам и имеющих некоммерческий характер целей.

Приложение Е3. Характеристика стационарной и амбулаторной программ реабилитации

Характеристика	Стационарная реабилитация	Амбулаторная реабилитация
Показания	<p>1. Пациенты с СЗ с высоким, средним и низким УРП, завершившие восстановительный (предреабилитационный) комплекс лечебных мероприятий</p> <p>2. Пациенты с СЗ после неэффективного лечения и реабилитации в реабилитационных учреждениях открытого и полузакрытого типов</p>	<p>1. Пациенты с СЗ с высоким, средним и низким УРП, завершившие восстановительный (предреабилитационный) комплекс лечебных мероприятий, изъявившие желание пройти МРП в условиях амбулатории</p> <p>2. Пациенты, нуждающиеся в поддерживающей МРП, после программ социальной реабилитации в негосударственных реабилитационных центрах</p> <p>3. Освобожденные из мест лишения свободы и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационных программах в амбулаторных условиях</p> <p>4. Направленные решением суда на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию</p>
Сроки реализации (зависят от УРП и скорости адаптации)	<p>1. До 1 месяца – краткосрочная МРП для пациентов, прошедших полный курс лечения СЗА в стационаре</p> <p>2. До 1 года – долгосрочная МРП для пациентов с низким или средним УРП</p>	<p>1. Высокий УРП – от 3 до 6 месяцев (при необходимости пролонгируется)</p> <p>2. Средний и низкий УРП - не менее 1 года</p> <p>При необходимости, с согласия пациента, МРП может пролонгироваться</p>
Движение пациентов	<p>1. Первые 6 - 12 месяцев - стационарная МРП</p> <p>2. После стабилизационного этапа – амбулаторные программы поддерживающей МР постреабилитационного периода.</p>	<p>1. Все пациенты после стационарной МРП направляются на МРП в амбулаторных условиях после обследования, в стабильном психическом и соматическом состоянии, не требующем круглосуточного медицинского наблюдения и ухода, при наличии способности к самообслуживанию</p> <p>2. При ухудшении клинического состояния, «срывах», направляются на стационарное или дневное стационарное лечение для проведения противорецидивной или восстановительной терапии.</p>

		Впоследствии при добровольном согласии, переводятся в стационарное или амбулаторное реабилитационное отделение
Задачи	<p>Для стационарной и амбулаторной реабилитации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выработка установки на отказ от ПАВ и формирование мотивов на участие в ЛРП 2. Лечение и профилактика психических расстройств и расстройств поведения 3. Восстановление и (или) формирование навыков эмоциональной саморегуляции и преодоления конфликтных ситуаций 4. Улучшение качества жизни за счет оптимизации его удовлетворенности физическим, психологическим, социальным и эмоциональным состоянием, оцениваемым исходя из субъективного восприятия, за счет: формирования и закрепления нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок; формирования реальной жизненной перспективы; формирования модели здорового образа жизни, ответственности за свое поведение и сохранение трезвости; формирования (или восстановления) навыков систематического труда и учебы; восстановления семейных или иных значимых межличностных отношений. 5. Формирование моделей поведения, способствующих поддержанию трезвого образа жизни и эффективному социальному функционированию, за счет: психокоррекции поведенческих расстройств; восстановления коммуникативных навыков; анализа аутоагрессивного поведения и обучения конструктивным моделям поведения; формирования целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов 6. Медицинская профилактика срывов и рецидивов заболевания, путем: обучения умению определять предвестники обострения влечения к ПАВ и преодолевать рецидивы заболевания; обучения навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать «нет» ПАВ 7. Расширение знаний родственников пациентов о медико-социальных последствиях употребления ПАВ, обучение навыкам оказания психологической поддержки пациентам и контролю за их состоянием с целью предупреждения рецидивов заболевания 8. Преодоление созависимости <p>Дополнительно для амбулаторной реабилитации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Первичное, доврачебное консультирование больных и их родственников 2. Мотивация на участие в ЛРП 3. Специализированное диагностическое консультирование врача психиатра-нарколога с последующим направлением в наркологическое учреждение для оказания квалифицированной лечебной помощи и обследования, т.е. для реализации восстановительного периода ЛРП 4. Лечение слабо выраженных абстинентных и постабстинентных расстройств алкогольного или наркотического генеза 5. Организация поддерживающих противорецидивных реабилитационных программ 	

	<p>6. Вовлечение пациентов в группы само- и взаимопомощи анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов</p> <p>7. Лечебно-реабилитационная помощь родственникам наркологических больных</p>
Социальные требования	<p>Для стационарной и амбулаторной реабилитации:</p> <p>1. Организация условий для трудовой деятельности, профессионального обучения (при необходимости и возможностях - учебы), занятий спортом, творческой деятельностью, проведения культурно-массовых и содержательных досуговых мероприятий. Создание условий для постоянной занятости и трудовых процессов, выработка у пациентов стремления к регулярному труду, относятся к основным принципам МР</p> <p>2. Осуществление социально-психологической, коррекционной и обучающей работы специалиста по социальной работе, социального работника, специалиста по профессиональному обучению и др. лиц, а именно:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Приобщение больного к труду, учебе и творческой деятельности – Коррекция адаптации больных к условиям реабилитационного учреждения на каждом из этапов реабилитации – Контроль за поведением, овладением трудовыми технологиями, успехами в работе, учебе и пр. – Помощь в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем – Содействие в трудоустройстве, профессиональном обучении, продолжении учебы после выписки из реабилитационного стационара или в период реабилитации в амбулаторных условиях – Консультирование по правовым вопросам – Оказание содействия включению пациентов и их родственников в группы само- и взаимопомощи - анонимных наркоманов (АН), анонимных алкоголиков (АА), анонимные группы для тинэйджеров (АЛ-АТИН) – Обеспечение информацией: о лечебных и реабилитационных наркологических учреждениях; о реабилитационных программах; об общественных организациях и религиозных конфессиях, занимающихся проблемами зависимости; о возможностях приобретения популярной литературы и методических материалов по антинаркотической тематике; о культурно-массовых мероприятиях против алкоголя и наркотиков и пр. – Проведение культурно-массовых, спортивных и досуговых мероприятий, способствующих реабилитации больных; – Привлечение выздоравливающих больных и их родственников в реабилитационную и профилактическую деятельность в качестве волонтеров и добровольных помощников
Медицинские услуги	<ul style="list-style-type: none"> – Лечение острых и подострых расстройств, вызванных хронической или острой интоксикацией ПАВ – Лечение сопутствующих психических и соматических заболеваний (медикаментозное и психотерапия) – Лечение СЗ (медикаментозное и психотерапия)

Социальные услуги (основные)	<ul style="list-style-type: none"> – Профессиональная трудовая реабилитация (оказание помощи в овладении новыми знаниями и информационными технологиями по имеющейся специальности) – Трудовая терапия (общеукрепляющая, восстановительная функциональная или производственная профессиональная трудовая) – Окупуационная терапия – Группы самопомощи – Социальная поддержка
-------------------------------------	---

Примечание:

СЗ – синдром зависимости

УРП – уровень реабилитационного потенциала

МРП – медицинская реабилитационная программа

СЗА – синдром зависимости от алкоголя

МР - ?

ЛРП – лечебно-реабилитационная программа

ПАВ- психоактивное вещество

АН – группа взаимопомощи «Анонимные наркоманы»

АА – группа взаимопомощи «Анонимные алкоголики»

Ал- Атин – группа взаимопомощи для тинэйджеров

Приложение Е4. Содержание медицинской-реабилитационной программы

Медицинская реабилитационная программа (МРП) представляет организационно-методическую основу медицинского реабилитационного процесса для достижения максимально возможного эффекта в максимально короткие сроки.

МРП включает несколько основных блоков: медицинский, психологический (психокоррекционный), психотерапевтический и социальный.

Медицинский блок включает диагностику клинического и социального состояния пациента и проведение по показаниям фармако- и психофармакотерапии.

Психологический блок включает нейро- и патопсихологическую диагностику, психологическое консультирование, психокоррекцию, психообразовательную работу с пациентами и их родственниками, а также супервизию персонала, оказывающего реабилитационные услуги. Разрабатывает и воплощает на практике развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов пациентов, выполняет работу по профориентации больных с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей. Оценивает эффективность проводимых психологических и профилактических мероприятий (Приказ № 391 от 26.11.96 Минздрава РФ).

Психотерапевтический блок включает групповые и индивидуальные формы психотерапевтической работы в соответствии с адекватными методами психотерапевтического вмешательства.

Психологическое и психотерапевтическое воздействия в рамках МРП направлены на единые мишени: эмоциональную, когнитивную, поведенческую, мотивационную сферы пациентов (подробно об индивидуальных мишенях психотерапии пациентов с СЗ см. раздел «Психотерапия»). Психологическое и психотерапевтическое воздействия ориентированы на работу с пациентами и их родственниками, в том числе для:

- преодоления отрицания болезни (анозогнозии),
- понимания и принятия факта наличия болезни,
- формирования личностной установки на воздержание от ПАВ,
- формирования навыков преодоления патологического влечения к ПАВ и осознания психологических защит, распознавания предвестников обострения болезни,

- проработки иррациональных установок, дезадаптивных личностных паттернов поведения, автоматических мыслей, поддерживающих аддикцию;
- осознания наиболее типичных когнитивных механизмов обострения болезни.

Социальный блок подразумевает работу с социальной (семейной) системой пациента, в том числе психологическими и психотерапевтическими методами и оказание реабилитационных социальных услуг. Специалист по социальной работе и социальный работник исследуют социальный маршрут лиц, зависимых от ПАВ, включая уровень образования, степень трудовой подготовки, конкретные профессиональные знания, адреса трудовой деятельности, отношение к труду и учебе, продолжительность рабочего стажа, особенности отношений с производственным коллективом и руководством, собирают информацию о семейном статусе, качестве межличностных отношений с членами семьи. Полученная информация позволяет сделать объективный вывод о социальном маршруте, социальной дезадаптации, семейных проблемах и степени деструктивности конкретной семьи. Блок данных может быть использован для коррекции социального маршрута, создания семейной реабилитационной среды психокоррекции межличностных отношений, без которой не представляется возможным решать задачи медико-социального восстановления больных.

Индивидуальная программа реабилитации пациента с зависимостью от ПАВ – комплекс оптимальных для пациента реабилитационных мероприятий, включающий различные виды, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей пациента к выполнению определенных видов деятельности (обучение, труд). ИРП согласовывается с пациентом, что позволяет усилить ее психотерапевтическое значение и повысить ответственность пациента за ее реализацию. Каждый этап предоставления и вид реабилитационных услуг ориентированы на конкретную реально достижимую цель, отраженную в договоре между потребителем услуг (пациентом) и реабилитационным учреждением, о которой он должен знать и к достижению которой должен стремиться.

Структура МРП с учетом основных направлений реабилитации

I.МЕДИЦИНСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	
1. Медицинские лекции для пациентов стационарного отделения	<p>Цель: формирование общемедицинских знаний у пациентов, создание ответственного отношения к здоровью, выработка критического отношения к употреблению психоактивных веществ, развитие устойчивой антинаркотической направленности личности</p> <p>Лекции читают врачи психиатры-наркологи. Курс рассчитан на 10-15 занятий по 30-45 минут, с периодичностью 1 раз в неделю</p> <p>После лекций идет обсуждение, врач отвечает на вопросы пациентов</p>
2. Фармако- и психофармакотерапия	
II.ОРГАНИЗАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ (адаптационно-реабилитационные мероприятия)	
1. Группа знакомства вновь поступивших пациентов с другими пациентами	<p>Цель: преодоление отрицания, а также барьеров и стереотипов в общении путём коллективного знакомства в группе с реабилитационной средой отделения</p> <p>Задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Принятие вновь прибывшим пациентом группы, места, специалистов, пациентов в качестве единого компонента процесса реабилитации – Поддержка новичка в его желании выздороветь – Способ общения, когда пациенты оказываются одинаково важными, ответственными личностями, участвующими в решении своей проблемы, а не направленно получающими воздействие со стороны специалистов
2. Ежедневное утреннее мероприятие по планированию	<p>Цель: Формирование навыков анализа и планирования своего времени, конструктивного решения возникших проблем, развитие коммуникативных способностей, умения формулировать и грамотно выразить свои мысли</p> <p>Задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Отслеживание динамики по баллам за предыдущий день – Формирование и оглашение планов на день – Индивидуальное расписание консультаций специалистов для каждого пациента
3. Ежевечернее мероприятие по подведению итогов дня	<p>Цель: формирование навыков анализа выполненной работы и проведенного времени, навыков конструктивного решения вопросов и проблем, развитие коммуникативных способностей, умения формулировать и грамотно выразить свои мысли,</p> <p>Задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Анализ прошедшего дня и круг чувств – Подведение итогов дня в отделении – Оценка дежурств

	– Обсуждение информации на следующий день
4. Еженедельное мероприятие по анализу произошедшего за неделю	Цель: формирование навыков самоанализа и самоконтроля; развитие коммуникативных способностей; принятие критики и похвалы. Задачи: – Подведение итогов работы за неделю – Определение лидеров по баллам и по работе над собой – Распределение ответственностей по ведению различных мероприятий
5. Групповое мероприятие с участием всех пациентов отделения и сотрудников (воспитателей, соцработников, психологов)	Совместное обсуждение проблемных вопросов, возникающих в отделении: разбор конфликтов, нарушение режимных моментов, снижение баллов и т.д. Цель: формирование навыков позитивного и конструктивного решения проблем, возникших внутри коллектива пациентов, развитие коммуникативных способностей, умения формулировать и грамотно выразить свои мысли
6. Формирование терапевтической среды, компенсирующей дефициты когнитивных функций	Цель: компенсация утраченных и нарушенных когнитивных (мнестических) функций; моделирование способов совладания с дефицитами когнитивных функций – Создание системы навигации в отделении/организации, оказывающей услуги МР – Максимальное использование и внедрение внешних опор, позволяющих пациенту безопасно и эффективно ориентироваться во времени, пространстве, режиме и социальных коммуникациях организации
III. ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	
1. Индивидуальная работа:	
1. Психодиагностическое обследование	Цель: выявление степени повреждения психологических и социальных функций, характерологических особенностей пациента, актуального эмоционального состояния, особенностей мотивационной сферы, семейного функционирования
2. Индивидуальная психокоррекция и психотерапия	Цели и задачи зависят от этапа реабилитационного процесса, стадии готовности изменения пациента, этапа психотерапевтического процесса, индивидуальных мишеней психотерапии и психокоррекции и пр. (см. раздел «Психотерапия» настоящих Клинических рекомендаций)
3. Групповая работа:	
1. Групповая терапия	Цели и задачи зависят от этапа реабилитационного процесса, стадии готовности изменения пациента, этапа психотерапевтического процесса, индивидуальных мишеней психотерапии и психокоррекции и пр. (см. раздел «Психотерапия» настоящих Клинических рекомендаций)
2. Групповая телесно-ориентированная терапия	Цели и задачи: – Эмоциональная абреакция

	<ul style="list-style-type: none"> – Релаксация и снятие эмоционального и телесного перенапряжения – Оздоровление организма при психосоматике
3. Групповая (индивидуальная) арт-терапия	<p>Цели и задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проективная диагностика личностных особенностей и жизненной ситуации пациента – Эмоциональное отреагирование – Освоение новых навыков и способностей к самовыражению – Повышение самооценки и укрепление личной идентичности – Развитие социальных навыков – Укрепление терапевтического альянса – Подкрепление мотивации на продолжение лечения
4. Работа с семьей	
1. Индивидуальное семейное консультирование	<p>Цели и задачи</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Психообразование 2) Улучшение семейного функционирования, за счет: <ul style="list-style-type: none"> – Коррекций негативных когнитивных и эмоциональных состояний и обучение способам совладания с ними – Обучения методам поддержки и когнитивной реабилитации – Профилактики внутрисемейной передачи злоупотребления пав между поколениями 3) Повышение мотивации к лечению и комплаенса пациента за счет обеспечения социального контроля со стороны родственника
2. Семейное консультирование и терапия	<p>Цели и задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Привлечение родственников к решению проблемы зависимости как общесемейной проблемы – Прояснение семейных взаимоотношений – Выявление ведущих конфликтов и паттернов семейного взаимодействия – Поиск новых стратегий внутрисемейного взаимодействия – Обучение и отработка навыков адекватного проявления своих эмоций (по типу «обратной связи»), а также навыков конструктивного взаимодействия <p>Прочие цели и задачи зависят от этапа реабилитационного процесса, стадии готовности изменения пациента, этапа психотерапевтического процесса, индивидуальных мишеней психотерапии и психокоррекции и пр. (см. раздел «Психотерапия» настоящих Клинических рекомендаций).</p>
3. Психотерапевтическая группа для родственников	<p>Цель: включение родственников в лечебно-реабилитационный процесс для повышения эффективности оказываемой помощи пациентам.</p> <p>Задачи:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> – Выявить в семье факторы, поддерживающие у пациентов злоупотребление ПАВ – Обучить родственников эффективному взаимодействию между членами семьи – Ориентировать родственников на разрешение своих личностных проблем, поддерживающих зависимость от ПАВ – Ориентировать родственников на посещение групп НАР-Анон, АЛ-Анон
5. Лекции консультантов по химической зависимости для родителей	<p>Цели:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Формирование верного представления о заболевании (хим. зависимости и созависимости, АС) в процессе посещения лекций – Преодоление отрицания, признание необходимости решения проблем посредством инструментов программы в предлагаемом объеме, взятие на себя ответственности за свое выздоровление
IV. ВВЕДЕНИЕ В ПРОГРАММУ «12 ШАГОВ»	
1. Индивидуальная работа с консультантом по химической зависимости	<ul style="list-style-type: none"> – Первичное консультирование: – Индивидуальное консультирование в течение всего срока реабилитации
2. Наставничество (оказание помощи новичку со стороны пациента, успешно работающего по программе)	<p>Цели:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Установление доверительных взаимоотношений и вовлечение в терапевтическую среду группы. – Практика в действии основополагающих принципов «12 шаговой» программы: служение, непредубежденность, доверие, готовность и т.д.
3. Групповая работа в рамках программы «12 шагов»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Группа по шагам (групповое обсуждение индивидуальных заданий пациентов) 2. Группа по химической зависимости (ознакомление с проблемами зависимости и способами их решения) 3. Группа по мотивациям в выздоровлении (осознание заболевания, признание необходимости выздоровления, определение целей и мотиваций в своем «движении вперед»). 4. Группа по дневникам чувств (еженедельный самоанализ): 5. Спикерские группы (личные истории выздоровления): 6. Групповое чтение программной литературы: 7. Просмотр программных фильмов: 8. Выезд с пациентами на городские собрания АА, АН, ВДА. 9. Группы АА, АН, ВДА (презентации сообществ)
V. СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	
1. Трудовое воспитание	<p>Цель: Вторичное формирование навыков социально-бытового и санитарно-гигиенического обслуживания, ориентация на здоровый образ жизни.</p> <p>Формы проведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ежедневная утренняя и еженедельная генеральная уборка;

	<ul style="list-style-type: none"> – Оккупационные клубы по интересам: <ul style="list-style-type: none"> а) Производственное (столярные, слесарные, швейные мастерские; мастерская по ремонту помещений и пр.) б) Сельскохозяйственное (теплицы, зеленое хозяйство, грибной цех, садовое хозяйство) в) Животноводческое с целью осуществления зоотерапии или анимотерапии (конное хозяйство, кролиководство, птицеводство, собакопитомник и др.)
2. Физкультурно-оздоровительная работа	<p>Цель: ориентация на здоровый образ жизни, развитие ловкости, силы, выносливости, снижение психо-эмоционального напряжения, создание положительного эмоционального фона, формирование навыка расслабления и снятия стресса.</p> <p>Формы проведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ежедневная утренняя зарядка – Занятия в спортзале – Релаксационные занятия
3. Досуговые просветительские мероприятия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кинопоказы 2. Изостудия (рисование, лепка, фотография и др.) 3. Спортивный и досуговый комплекс (открытая спортплощадка, зал для спортивных игр, занятий, помещение для просмотра тематических кинофильмов, телепередач и пр.) 4. Лекторий
VI. СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ	
1. Работа с пациентами с СЗ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Социальная диагностика (мотивационное интервью, сбор информации о пациенте и его семье, в том числе о профессиональной деятельности; наличии административной либо уголовной ответственности) 2. Работа социальной службы на этапе лечения (социально-правовое консультирование (правовые формы помощи пациентам, соблюдение врачебной тайны, оформление согласия на лечение); участие в групповых психотерапевтических мероприятиях специалистов совместно с пациентами; работа по профорientации) 3. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности: оформление, выплата пособий, обеспечение сохранения рабочего места после выхода на работу 4. Работа социальной службы на стадии подготовки к выписке пациента (индивидуальный план дальнейшей реабилитации пациента и его семьи) 5. Проведение экспертизы стойкой утраты трудоспособности: оформление III или II группы инвалидности и сохранение или изменение в желательную сторону условий труда, оформление I группы инвалидности и организация ухода за

	<p>больными</p> <p>6. Проведение экспертизы по установлению противопоказаний для осуществления пациентом отдельных видов деятельности: подготовка экспертизы, защита интересов больных при проведении экспертизы и последующем изменении их условий труда, контроль за своевременной отменой противопоказаний для занятий той или иной деятельностью</p> <p>7. Мероприятия по восстановлению у пациентов прежних и формированию новых интересов и увлечений</p>
2. Работа с семьей	<p>1. Консультирование родственников по вопросам госпитализации пациентов; первичное консультирование родственников пациентов и мотивирование на включение в лечебную программу</p> <p>2. Информирование: о работе группы; о времени консультаций с врачами и психологами; о предполагаемом дне выписки пациента</p> <p>3. Сбор анамнеза на постстационарном этапе</p> <p>4. Защита интересов пациентов в семье: урегулирование семейных конфликтов, улучшение материального положения пациентов, помощь при расторжении брака</p>
3. Взаимодействие с учреждениями профилактики и другими внешними структурами и институтами	<p>1. Взаимодействие с представителями внешних структур</p> <p>2. Присутствие при осуществлении следственных действий в отношении пациентов в целях защиты их прав и интересов</p> <p>3. Помощь в жизнеустройстве после выписки</p> <p>4. Защита интересов пациентов, не имеющих инвалидности, на производстве: экспертная оценка ситуации, меры по сохранению прежних условий труда, меры по изменению их в необходимую сторону, урегулирование конфликтов с администрацией</p> <p>5. Работа с терапевтическими сообществами: их организация, установление неформальных связей между пациентами, совместное проведение досуга, культивирование «защитной» идеологии</p> <p>6. Взаимодействие с государственными учреждениями и предприятиями, общественными организациями и частными лицами, оказывающими помощь пациентам с зависимостью от ПАВ.</p>

Приложение Е5. Школа психологической профилактики (Школа пациента и родственников)

Реабилитация предусматривает Школу психологической профилактики для пациентов и родственников (далее – Школа для пациентов) в качестве одного из методов реабилитации пациентов с СЗ.

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового консультирования пациентов с целью повысить уровень их знаний, информированности и практических навыков, направленных на рациональное лечение заболевания, профилактику осложнений и повышение качества жизни. Цель организации школ здоровья – повысить информированность пациентов о факторах риска возникновения алкогольной зависимости, о факторах риска возникновения срывов и рецидивов, сформировать в пациенте желание сохранить собственное здоровье, способствовать серьезному отношению к выполнению рекомендаций врача.

В группы обучения рекомендуется включать пациентов со сходными характеристиками синдрома зависимости. При формировании групп необходимо учитывать также возраст слушателей, более взрослые пациенты требуют чаще индивидуальной работы, а для подростков программы группового обучения должны быть адаптированы с учетом особенностей их когнитивных способностей, жизненного опыта и т.д.

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60-90 минут каждое. Начальные занятия могут быть посвящены общим знаниям о проблеме зависимости, основным симптомам зависимости, стержневому расстройству зависимости – патологическому влечению, соматическим, неврологическим и психическим осложнениям болезни. Предоставление знаний о неблагоприятном воздействии ПАВ. Желательно, чтобы пациенты посещали полный цикл занятий.

Темы индивидуального и группового консультирования в психолого-психотерапевтическом блоке, которые могут использоваться и как темы для занятий в Школе пациента и родственников:

1. Концепция лечения и соответствующие симптомы при химической зависимости.
2. Люди, места, вещи, вызывающие у пациента желание употреблять ПАВ.
3. Структура личного времени.
4. Влечение к употреблению.

5. Ситуации повышенного риска.
6. Социальный прессинг к употреблению.
7. Острые симптомы, возникающие после отказа от употребления привычного наркотика, способы их преодоления.
8. Употребление других наркотических веществ (алкоголя, лекарств, не прописанных врачом и др.).
9. Участие в группах АА, НА и в других группах само- и взаимопомощи.

Групповое консультирование включает пошаговую работу по программе «12 шагов». Тема для обсуждения на каждой сессии может быть задана либо психотерапевтом или психологом, либо быть выбрана согласно индивидуальным потребностям пациента на данном этапе МР. Однако при проведении консультирования должны быть рассмотрены все указанные темы.

Образовательная программа охватывает следующие области:

- информационные занятия по концепции болезни и выздоровления;
- семейное образование;
- философия духовности;
- антистрессовая программа;
- профилактика инфекционных заболеваний (гепатит, ВИЧ и т. д.).

Целью проведения образовательных программ является изменение у пациента отношения к употреблению ПАВ и формирование представления о медицинских и социальных последствиях употребления ПАВ.

Основные темы информационных занятий по концепции болезни и выздоровления:

- Наркомания, алкоголизм – болезнь.
- Природа зависимости.
- Поведенческие признаки зависимости.
- Медицинские симптомы зависимости.
- Формы психологической защиты у зависимых.
- Психология поведения зависимых людей.
- Нейробиологическая теория зависимости.
- - Программа выздоровления АА и НА.
- Негативные личностные характеристики и их проявления при зависимости.
- Рецидивы (срывы) и стратегии их профилактики.
- Психологические факторы формирования зависимости.

- Стыд и вина.

Семейное образование (основные темы):

- Алкоголизм и наркомания – болезнь семейная.
- Дисфункциональные семьи. Что это?
- Созависимость: признаки и симптомы.

Философия духовности:

Цель проведения занятий по философии духовности – формирование у пациента духовных ценностей и потребностей, а также чувства сопричастности к силе, большей, чем его собственная, что поможет ему развить стиль жизни, свободный от наркотиков.

Темы:

- Понятие духовности.
- Три основных компонента выздоровления: честность, открытость, готовность стараться.
- Духовные потребности и ценности.
- Концепция Высшей силы в процессе выздоровления.

Антистрессовая программа:

Цель проведения антистрессовой программы – научить пациентов справляться с напряженными жизненными ситуациями, познакомить с техниками саморегуляции без употребления ПАВ.

Занятия по профилактике инфекционных заболеваний:

Целью этих занятий является информирование пациентов об инфекционных заболеваниях, сопутствующих употреблению ПАВ, и методам профилактики, формирование у пациентов ответственности за их здоровье и здоровье других людей.

Важная вспомогательная роль отводится трудотерапии (трудовые мастерские, дежурство на кухне, помощь персоналу в уборке отделения), которая должна иметь гуманистическую направленность (например, участие в различных формах благотворительной деятельности) и учитывать креативные данные пациентов (оформление отделения, составление санбюллетеней, помощь врачу при проведении лекционных занятий). Для формирования сознательного позитивного самотворчества и повышения самоуважения личности, для режимной организации психотерапевтической среды используется гуманистическая и духовно-ориентированная психотерапия. Наряду с психосоциальными реабилитационными мероприятиями на данном этапе продолжается лечение резидуальных психических и соматоневрологических расстройств.

Приложение Ж. Нормативно-правовая база

Психотерапевтическая и реабилитационная помощь оказывается в соответствии со следующими нормативно-правовыми документами:

- 1) Всеобщая декларация прав человека, 1948 г.;
- 2) Лиссабонская декларация «О правах пациентов», 1981 г.;
- 3) Декларация «О правах человека и свободе личности практикующих врачей», 1985 г., 1986 г.;
- 4) Декларация «О независимости и профессиональной свободе врача», 1986 г., «Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи» (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 46/119);
- 5) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи».
- 6) Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Наркология» (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 № 27503)
- 7) Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года»
- 8) Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ (ред. от 03.02.2015) "О наркотических средствах и психотропных веществах" (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.06.2015)
- 9) Федеральный Закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 9 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015);
- 10) Конституция Российской Федерации;