

# УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО НАРКОЛОГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТОВ

**АВТОРЫ:**

**КАРЕН ВАН ДЕР БЕРГ  
ВИКТОР БУВАЛЬДА**

**ОБЩАЯ РЕДАКЦИЯ:**

**ВИМБЕЙСМАН** (Консультативный отдел  
Джеллинек-центра, Европейский институт  
образования в области аддикции)  
**ВЛАДИМИР ПОЗНЯК** (Минский государственный  
медицинский институт)  
**ЮДЖИНИЯ РЕЙНЕРС** (Консультативный отдел  
Джеллинек-центра)  
**РОМАНЕВСЕГНЕЕВ** (Белорусский  
государственный институт усовершенствования  
врачей)

**НАУЧНАЯ РЕДАКЦИЯ  
ИЗДАНИЯ НА РУССКОМ  
ЯЗЫКЕ**

**ВЛАДИМИР ПОЗНЯК** (Минский  
государственный медицинский институт)

*Настоящее издание является результатом  
сотрудничества Джеллинек-центра (Амстердам,  
Нидерланды) и Регионального Европейского Бюро  
Всемирной Организации с учреждениями  
Здравоохранения Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь в рамках проекта “Новый  
подход к обучению/образованию в области  
зависимостей” (1995-1997гг.)*

*Данное учебное пособие прошло согласование в Республиканском методическом  
центре по высшему и среднему медицинскому и фармацевтическому образованию  
Министерства Здравоохранения Республики Беларусь*

© 1997 Jellinek Consultancy

© 1997 Минский государственный медицинский институт,  
издание на русском языке

УДК 616.89-008.441.33:613.83(079.3)

**Карла ван дер Берг**

**Виктор Бувальда**

*Учебное пособие по наркологии для студентов медицинских институтов: Пер. с англ./ Под ред. В.Б.Позняка. – Минск: издательство “Интертракт” лицензия №ЛВ 851 от 24.06.94, при участии НИЦ “ПН-Компасс”, 1997. Подписано к печати 10.11.97 г. Формат 70х100/16 Усл. печ. л. 16,2 Тир. 3000 экз. 100 с.*

**ISBN 985-6277-14-0**

*В учебном пособии по наркологии рассмотрены основные вопросы диагностики, лечения и профилактики состояний, связанных с употреблением психоактивных веществ. Изложены основные приёмы консультирования и раннего вмешательства при злоупотреблении алкоголем или другими психоактивными веществами, приведены рекомендации по терапии кризисных состояний и по организации процесса терапии. Значительное внимание в пособии уделено психосоциальным аспектам проблемы зависимостей от аддиктивных веществ.*

*Пособие предназначено для студентов медицинских институтов, но, несомненно, представляет интерес для врачей различных специальностей и всех тех, кто занимается проблемами злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них.*

*Литературный редактор Терешина А.А.*

*Технический редактор Гудиев А.В.*

*Обложка Лобанова О.*

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

- Доцент к.м.н.**                    **Олег Лисковский**  
(Минский государственный медицинский институт, Минск)
- Доцент д-р**                        **Питер Герлингс**  
(Джеллинек-центр, Амстердам)
- Проф. д.м.н.**                    **Владимир Лелевич**  
(Гродненский государственный медицинский институт,  
Гродно)
- Проф. д.м.н.**                    **Геннадий Обухов**  
(Гродненский государственный медицинский институт,  
Гродно)
- Д-р к.м.н.**                        **Татьяна Солодкая** (Минский государственный  
медицинский институт, Минск)
- Д-р**                                    **Ирина Тюхлова**  
(Республиканский центр здоровья, Минск)
- Проф. д.м.н.**                    **Фердинанд Гайдук**  
(Минский государственный медицинский институт)
- Проф. д.м.н.**                    **Александр Кирпиченко**  
(Витебский государственный медицинский институт,  
Витебск)
- Д-р к.м.н.**                        **Владимир Максимчук**  
(Минский городской наркологический диспансер)

**ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ**

*На различных этапах подготовки, написания и редактирования данного издания существенный вклад внесли многие другие сотрудники медицинских институтов и наркологических учреждений Республики Беларусь. Особенно следует отметить вклад сотрудников кафедры психиатрии Минского, Гродненского и Витебского медицинских институтов, а также врачей Минского и Гродненского наркологических диспансеров. Выполнение всей работы было бы невозможным без поддержки и участия Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Мы благодарны всем за комментарии, идеи, критические замечания и поддержку.*

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Предисловие</b> .....	<b>7</b>
<b>Введение</b> .....	<b>8</b>
<i>Цели и задачи</i> .....	8
<b>Глава 1</b>	
<i>Роль врача в профилактике и терапии злоупотребления веществами</i> .....	9
<i>I. Проблема аддиктивных расстройств в Беларуси</i> .....	9
<i>II. Пагубные последствия</i> .....	10
<i>III. Почему врачи должны быть вовлечены в процесс предупреждения и лечения</i> .....	11
<i>IV. Роль врача</i> .....	12
<b>Глава 2</b>	
<i>Отношения</i> .....	14
<i>Введение</i> .....	14
<i>I. Барьеры отношений в работе с лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами</i> .....	14
<i>II. “Типичный” человек, злоупотребляющий психоактивными веществами</i> .....	15
<i>III. Позитивные отношения</i> .....	15
<i>IV. Персональные отношения и взгляды</i> .....	16
• <i>персональное упражнение 1</i> .....	16
• <i>персональное упражнение 2</i> .....	16
<b>Глава 3</b>	
<i>Биопсихосоциальный подход</i> .....	17
<i>Введение</i> .....	17
<i>I. Факторы риска</i> .....	17
• <i>индивидуальные</i> .....	17
• <i>социо-культуральные</i> .....	19
<i>II. Стадии употребления</i> .....	20
<i>III. Положительные и отрицательные стороны употребления</i> .....	23
<b>Глава 4</b>	
<i>Скрининг, оценка и диагноз</i> .....	24
<i>Введение</i> .....	24
<i>I. Признаки злоупотребления/зависимости</i> .....	24
<i>II. Инструменты для выявления злоупотребления/зависимости</i> .....	27
• <i>МКБ-10 и DSM-IV</i> .....	27
• <i>Инструменты для скрининговой оценки</i> .....	27
<i>А. Скрининговое интервью</i> .....	27
<i>Б. Скрининговые опросники</i> .....	28
■ <i>CAGE</i> .....	28
■ <i>AUDIT</i> .....	29
<i>В. Исследование физического состояния</i> .....	29
<i>Г. Лабораторные исследования</i> .....	29
<i>Д. Другие источники информации</i> .....	30
<i>Е. Оценочные подходы</i> .....	30

III. Барьеры на пути выявления и лечения .....	31
Итоговая схема оценки и скрининга .....	33

## Глава 5

Сообщение диагноза и начало терапии .....	34
Введение .....	34
I. Навыки интервьюирования .....	34
II. Возможные реакции пациента .....	35
III. Методики интервьюирования/консультирования .....	36
А. Мотивационное интервьюирование .....	36
В. Поддерживающая конфронтация .....	36
С. Семейное вмешательство .....	36

## Глава 6

Оказание помощи в кризисных состояниях .....	38
Введение .....	38
I. Кризисные состояния, связанные с употреблением алкоголя .....	38
А. Синдром отмены алкоголя (алкогольный абстинентный синдром) .....	38
Б. Детоксификация .....	39
II. Кризисные состояния, связанные с употреблением опиатов .....	41
III. Кризисные состояния, связанные с употреблением кокаина .....	43
IV. Кризисные состояния, связанные с употреблением бензодиазепинов .....	45
V. Влияние коморбидности .....	48

## Глава 7.

Лечение .....	51
Введение .....	51
I. Непрерывность терапевтического процесса .....	52
А. Выбор терапии .....	52
Б. Детоксификация .....	53
В. Фармакологические подходы .....	53
Г. Когнитивно-бихевиоральные подходы .....	55
Д. Самопомощь .....	56
II. Врачебные методы лечения .....	56
А. Кратковременные вмешательства .....	57
Б. Лечение .....	57
В. Направление на лечение к специалистам .....	57
Г. Назначения последующих визитов .....	57
III. Факторы выбора терапии .....	58
А. Факторы, которые необходимо учитывать при выборе терапии .....	58
Б. Уровни риска .....	58
IV. Множественные/двойные диагнозы .....	59
А. Взаимоотношения между злоупотреблением веществами /зависимостью и психиатрическими расстройствами .....	59
Б. Лечение .....	60

Глава 8		
Профилактика .....		63
Введение .....		63
I. Факторы, связанные с риском развития злоупотребления и зависимости .....		63
II. Политика в области здравоохранения .....		64
III. Возможности профилактики .....		65
IV. Роль врачей .....		66
<b>Приложения</b> .....		<b>68</b>
<b>Приложение А</b>	Статья Роджера Мейера “Заболевание под названием “болезненное пристрастие” (“аддикция”): доказательства, появившиеся за 200 лет дебатов” .....	69
<b>Приложение В</b>	Перечень 1: “Почему люди принимают наркотики” .....	80
	Перечень 2: “Почему люди употребляют алкоголь” .....	81
<b>Приложение С</b>	• МКБ-10 критерии злоупотребления с вредными последствиями и зависимости .....	82
	• DSM-IV критерии злоупотребления и зависимости .....	83
<b>Приложение D</b>	AUDIT - Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя .....	85
<b>Приложение E</b>	Лабораторные тесты .....	87
<b>Приложение F</b>	Перечень состояний, влияющих на надёжность самоотчётов пациентов об употреблении алкоголя и наркотиков .....	89
<b>Приложение G</b>	Шкала оценки состояния отмены алкоголя Клинического института Фонда исследования зависимостей (CIWA-Ar) .....	90
<b>Приложение H</b>	Нефармакологические методы терапии распространённых болезненных состояний .....	92
<b>Приложение I</b>	Группы самопомощи .....	93
<b>Приложение J</b>	Десять стратегий деятельности в отношении алкоголя .....	94
<b>Приложение K</b>	Роль бригады первичного звена медицинской помощи в лечении и профилактике состояний, вызванных употреблением психоактивных веществ .....	96
<b>Приложение L</b>	Список литературы .....	97

## ПРЕДИСЛОВИЕ

*Это учебное пособие по наркологии предназначено преимущественно для студентов 4-6 курсов медицинских институтов. Оно является частью пакета обучающих и образовательных материалов, разработанных в рамках международного образовательного проекта “Новый подход к обучению /образованию в области наркологии (злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них)”. Данный проект начал осуществляться в 1995 году Джеллинек-центром (Амстердам), Минским государственным медицинским институтом и Гродненским государственным медицинским институтом в сотрудничестве с Региональным Европейским Бюро Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Этот проект и создание образовательных материалов, включая настоящее пособие, финансировалось Министерством иностранных дел Нидерландов (программой MATRA).*

*Недавняя публикация ВОЗ “Курение, употребление алкоголя и наркотиков в Европейском Регионе” (Копенгаген, 1997) представляет хорошо документированный обзор имеющихся тенденций в области употребления психоактивных веществ в странах Европы. Проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ, возросли в странах Восточной Европы и, в особенности, - в странах Содружества Независимых Государств.*

*Профессионалы, работающие в сфере здравоохранения, могут играть значительную и активную роль в области профилактики, ранней диагностики и лечения проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.*

*Поэтому огромное значение имеет информированность и обученность студентов-медиков уже на ранних этапах медицинского образования в отношении всех аспектов проблем, обусловленных употреблением аддиктивных веществ.*

*Данное пособие предназначено для того, чтобы дать студентам-медикам общее представление о профилактике и терапии зависимости от психоактивных веществ. Пособие может быть использовано как важный инструмент в процессе медицинского образования и обучения. Однако следует учитывать, что в пособие не вошли либо изложены очень кратко те темы, которые достаточно полно освещены в доступных на русском языке учебниках по психиатрии и наркологии. Мы надеемся, что студенты медицинских институтов получат много полезной информации из данного пособия и, освоив её, почувствуют себя более уверенно в деятельности по профилактике и лечению состояний, связанных с употреблением психоактивных веществ.*

**Профессор д.м.н. Кубарко А.И.**

*Председатель  
Республиканского Совета  
по образованию в области наркологии  
(Республика Беларусь)*

**Вим Бейсман**

*Координатор проекта,  
директор  
Европейского Института  
Образования в Области Зависимостей  
(Нидерланды)*

## Введение

Злоупотребление алкоголем и другими веществами\* представляет собой серьёзную проблему, с которой в своей практической деятельности встречаются все врачи. Употребление алкоголя является частью традиций и обычаев белорусского общества, а масштабы употребления других веществ, таких как опиаты или каннабис, всё более возрастают. Врачам необходимы знания и навыки, позволяющие эффективно работать с пациентами, входящими в группу высокого риска в отношении развития зависимости, а также с теми пациентами, которые уже испытывают те или иные проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ.

Данное пособие предназначено для студентов медицинских институтов и разработано в рамках международного (ВОЗ-Нидерланды-Беларусь) проекта “Новый подход к обучению/образованию в области злоупотребления веществами и зависимости от них”.

## Цели

- предоставить студентам понимание биопсихосоциального подхода к лечению пациентов с зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ; ознакомить студентов с континуумом терапевтических вмешательств, необходимых при лечении аддиктивных расстройств;
- улучшить их навыки профилактики злоупотребления веществами и зависимости от них.

## Задачи

Участвуя в практических занятиях, семинарах и работая с учебно-практическим пособием, студенты приобретут следующее:

- понимание того, как их отношения влияют на качество помощи, оказываемой пациентам;
- знание факторов, повышающих индивидуальный риск развития аддиктивных расстройств;
- знание того, как в работе с пациентами затрагивать вопросы употребления психоактивных веществ и получать необходимую информацию;
- навыки оценки характера употребления пациентами веществ, вызывающих зависимость, и их влияния на состояние здоровья, поведение и социальное функционирование;
- навыки распознавания ранних этапов злоупотребления психоактивными веществами;
- навыки интервьюирования пациента и начала терапии;
- знание о том, какая помощь необходима при острых состояниях, связанных с употреблением психоактивных веществ;
- осведомлённость о возможных вариантах терапии;
- ознакомление с проблемой двойного диагноза (коморбидности).

\* В современной литературе всё чаще используется выражение “злоупотребление веществами”, а не “злоупотребление психоактивными веществами” или “злоупотребление вызывающими зависимость веществами”, поскольку не все психоактивные вещества вызывают злоупотребление и зависимость, и не все вызывающие злоупотребление и зависимость вещества можно бесспорно отнести к психоактивным (Прим. ред.).



## ГЛАВА 1

### Роль врача в профилактике и терапии злоупотребления веществами

#### I. Проблема аддиктивных расстройств в Беларуси

##### *Алкоголь*

*В Беларуси все более усиливается признание того факта, что сегодня злоупотребление алкоголем представляет собой чрезвычайно важную проблему. Культуральная приемлемость алкоголя, когда он расценивается в качестве одного из атрибутов повседневной жизни людей, ведет к повышению уровня злоупотребления и зависимости; аналогичное явление наблюдается и в других регионах мира - таких, например, как Восточная Европа и Северная Америка. За период с 1989 года отмечен быстрый рост пьянства в некоторых странах Центральной и Восточной Европы. В Беларуси это может быть связано как с социально-экономическими изменениями, так и с повышением доступности алкоголя ввиду того, что произошло относительное снижение цен на некоторые виды алкогольных напитков.*

*Несмотря на то, что многие жители Беларуси не испытывают каких-либо проблем, связанных с алкоголем, имеется всё же определенная часть населения, которая либо уже испытывает такие проблемы, либо у которой отмечается повышенный риск их возникновения вследствие общего количества употребляемого ими алкоголя или характера его употребления. Зарегистрированный в 1993 году уровень потребления алкоголя составил в Беларуси 7,9 л на душу населения; по именуемым оценкам, к категории тяжело пьющих относится 10% населения (наиболее низкий уровень смертности отмечается в популяции с уровнем потребления алкоголя, равным 2 л на душу населения)\**

*Беларусь как государство - член Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) включена в инициативный проект, имеющий своей целью противостоять росту злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них. Эта проблема представляет собой одну из составных частей всеобъемлющей задачи, намеченной ВОЗ по улучшению состояния здоровья к 2000 году. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя намечает, как предупредить риск для здоровья и социальные проблемы, вызванные употреблением алкоголя. Данной инициативой определено, что системы здравоохранения призваны играть более значительную роль в выявлении и профилактике ущерба, связанного с алкоголем.*

##### *Другие психоактивные вещества*

*С начала 90-х годов растущее беспокойство в Беларуси вызывает использование нелегальных психоактивных веществ. Препаратами, которыми злоупотребляют наиболее часто, являются опиаты домашнего изготовления. Данные, подготовленные для ВОЗ, показывают, что на 1.01. 1997 года в наркологических учреждениях Беларуси было зарегистрировано 2032 человека, зависимых от наркотических веществ, причем 96,7% от этого числа злоупотребляло опиатами. За период с 1987 года наиболее значительный рост от-*

\* Harkin A., Anderson P., Lehto J. Alcohol in Europe – A Health Perspective. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995. – P. 30.

*мечается, вероятно, в частоте употребления опиатов и каннабиса. Несмотря на то, что проблема нелегальных психоактивных веществ в Беларуси относительно менее значима в сравнении с другими странами Европы, для медицинских учреждений страны весьма полезным является получение необходимых сведений о том, как успешно действовать при всех формах злоупотребления психоактивными веществами.*

## **II. Пагубные последствия**

*Злоупотребление психоактивными веществами влечет за собой далеко идущие социальные и экономические издержки. Проблемы, возникающие в результате злоупотребления психоактивными веществами, затрагивают не только самого потребителя, но также его семью и живущих с ним рядом людей. Обнаружено, что по мере повышения потребления психоактивных веществ возрастают следующие проблемы\*:*

- *Злоупотребление психоактивными веществами связано с повышенной частотой насилия в семье, включая жестокое обращение с детьми, а также с повышенной частотой межличностных и внутриличностных проблем;*
- *Злоупотребление психоактивными веществами приводит к повышению расходов на здравоохранение вследствие роста числа несчастных случаев, а также других медицинских проблем, являющихся прямым следствием злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами. В качестве примеров могут быть названы повышенное артериальное давление, серьёзные психические расстройства, цирроз печени, случаи передозировки вызывающих зависимость веществ. Потребление алкоголя и никотина оказывает наиболее существенное влияние на уровень заболеваемости по сравнению со всеми остальными легальными и запрещенными законом психоактивными веществами. До 8-10% случаев смерти среди лиц в возрасте от 16 до 74 лет, а также 6-20% случаев госпитализаций по неотложным показаниям непосредственно связаны с употреблением алкоголя. Ещё одним важным для здравоохранения последствием злоупотребления психоактивными веществами является распространение ряда инфекций, таких, к примеру, как гепатит В и ВИЧ. Употребление алкоголя и других вызывающих зависимость веществ повышает риск их распространения вследствие нескольких причин, среди которых:*
  - а) лица в состоянии эйфории или интоксикации склонны к небезопасным формам сексуального поведения;*
  - б) пользование общими иглами во время инъекций психоактивных веществ.*

*В 1995 году имелись сообщения о 12 случаях СПИДа в Беларуси и 106 случаях ВИЧ-инфекции; 8 человек из числа ВИЧ-позитивных были лица, употребляющие психоактивные вещества. По данным Белорусского центра профи-лактики СПИД к 1 октября 1997 в Республике Беларусь было зарегистрировано 1697 случаев ВИЧ-инфекции, при этом 1427 случаев в Гомельской области, где отмечается высокий уровень распространённости внутривенного употребления наркотиков.*

\* *European Alcohol Action Plan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, document ICP/ADA/035, 1993. – P. 9.*

- *Злоупотребление психоактивными веществами влечёт значительные расходы на деятельность правоохранительных органов - работу милиции, ведение судебных процессов, содержание заключённых и их последующую реадaptацию в обществе.*
- *Падает производительность труда вследствие прогулов, несчастных случаев и снижения продуктивности работающих.*

### **III. Почему врачи должны быть вовлечены в процесс предупреждения и лечения**

*Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя определяет, что врачи должны играть всё более важную роль в деле распознавания и предупреждения ущерба, связанного с алкоголем. Именно врачи располагают наилучшими возможностями для терапевтического вмешательства в отношении злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них, так как:*

- *Врачи сталкиваются в своей практике со значительным числом пациентов, которые являются зависимыми от алкоголя, лекарств или наркотиков.*
- *У злоупотребляющих психоактивными веществами возникает больше проблем со здоровьем, чем у остальных людей, и это заставляет их чаще прибегать к услугам учреждений здравоохранения.*
- *Злоупотребляющие психоактивными веществами лица склонны первым делом обращаться к своим участковым (или знакомым) врачам за объяснением возникающих у них проблем со здоровьем, которые могут быть связаны с приемом психоактивных веществ - таких, например, как повышение артериального давления, хронические инфекции, расстройства сна или депрессия.*
- *Врачи - это люди, которые пользуются уважением в обществе ввиду полученного ими образования и клинической подготовки. Врачам разрешено уточнять обстоятельства частной жизни их пациентов, и это расценивается больными как вполне оправданное действие со стороны врача.*
- *Своевременное распознавание проблем, связанных с алкоголем и другими психоактивными веществами, и последующее вмешательство со стороны врача способны значительно улучшить прогноз для таких пациентов. Исследователями из Великобритании и ряда других стран показано, что пациенты изменяют свое алкогольное поведение в лучшую сторону, если врач даёт в отношении этого простой совет.*
- *Многие из числа проблем, с которыми сталкиваются работники сферы здравоохранения, либо вызваны, либо осложнены злоупотреблением психоактивными веществами. Если врач обладает достаточными навыками в распознавании такого злоупотребления, то качество оказания медицинской помощи пациенту возрастает.*
- *Своевременно не поставить диагноз - означает упустить возможность своевременной терапии, связанной с положительной динамикой. Исследования показали, что в США врачи не диагностируют злоупотребление психоактивными*

- Чем раньше проблема злоупотребления выявлена и чем раньше начато ее лечение, тем лучшие отдаленный результат.

#### IV. Роль врача

Во многих странах лечение алкогольной и лекарственной зависимости традиционно сконцентрировано на индивидах с наиболее тяжелыми формами этой патологии. Типично и то, что целью лечения является достижение воздержания от приема психоактивного вещества. Роль врача ограничивается преимущественно оказанием неотложной помощи при острой передозировке. В то же время в различных частях Европы и Северной Америки уже приняты либо находится в процессе рассмотрения ряд программ, адресованных гораздо более обширной части населения - тем, у кого либо повышен риск развития проблем, связанных с лекарственной зависимостью, либо которые уже начали прием психоактивных веществ и находятся на ранней стадии заболевания. Общее количество принимаемых психоактивных веществ и алкоголя, а также тяжесть вызванных этим проблем могут быть рассмотрены в виде континуума, на одном конце которого находится "беспроблемное" применение психоактивных веществ, а на другом - связанные с этим тяжелые проблемы с целым рядом промежуточных пунктов между этими двумя полюсами. Любой человек, который принимает алкоголь или другие психоактивные вещества, в той или иной степени подвергается риску возникновения таких проблем. Эти данные привели к развитию широкого спектра терапевтических возможностей - от лечебных вмешательств низкой интенсивности до высокоинтенсивных вмешательств. Так, например, снижение интенсивности употребления алкоголя может быть гораздо более реалистической целью, чем полная трезвость для тех индивидов, у кого возникают незначительные или редкие проблемы вследствие приема алкоголя.

Таким образом, роль врача должна включать в себя следующие области:

- Рутинный скрининг для выявления злоупотребления алкоголем или другими психоактивными веществами
- Оценка и диагностика проблемы
- Лечение медицинских осложнений и сопутствующих заболеваний
- Профилактика посредством обучения пациента, ранней диагностики и лечения или направления к другому специалисту
- Обеспечение поддержки и руководства для тех, у кого имеется повышенный риск возникновения проблемы, или где уже возникла та или иная проблема умеренной тяжести
- Обеспечение непрерывности лечебного процесса (поддержание контакта с пациентом, когда тот переходит на другой этап лечения - например, со стационарного на амбулаторное, или на лечение в другое учреждение)

Приведенная ниже диаграмма в форме треугольника дает приблизительную иллюстрацию того, как можно представить себе популяцию пьющих либо употребляющих иные психоактивные вещества и виды необходимых при этом вмешательств.

\* Dennison S.J. Diagnosing Chemical Dependency: A Practical Guide for the Health Care Professional. – Springfield, Illinois: C. C. Thomas, 1993. – P. 3.

## ПРОБЛЕМЫ (УРОВЕНЬ РИСКА) СТРАТЕГИИ ВМ.



### Стратегии вмешательства

1. Первичная профилактика включает в себя предоставление информации тем группам населения, которые еще не начинали употребление психоактивных веществ или их применение не вызывает проблем. Информация может быть представлена в форме брошюр или буклетов.
2. Кратковременное вмешательство включает в себя предоставление пациенту простых советов по поводу употребления им психоактивных веществ. Врач может обсудить с пациентом употребление им того или иного психоактивного вещества применительно к его медицинскому анамнезу. В отношении алкоголя пациенту можно посоветовать прекратить употребление спиртных напитков либо уменьшить его.
3. Специализированное лечение включает более интенсивную терапию, такую как детоксификация, а также консультационные программы в стационарных либо амбулаторных условиях.

## Отношения

## Введение

Отношения возникают на основе наших убеждений и ценностей. Они формируются на базе нашего жизненного опыта, получаемой нами информации, а также на основе наших взаимодействий с другими людьми. В этих отношениях присутствует эмоциональный компонент, который может определять наши отношения в большей степени, нежели знание фактической информации. Определённые отношения могут препятствовать продуктивной работе с лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами. Тема отношений занимает особое место в данном руководстве, так как отношения в значительной степени определяют качество помощи, получаемой пациентами, страдающими злоупотреблением веществами или зависимостью от них.

Ещё до поступления в медицинское учебное заведение у большинства студентов в сознании уже сформировался негативный образ злоупотребляющих психоактивными веществами пациентов и убеждённость в том, что вмешательство и лечение в таких случаях - безнадёжное дело, приводящее к напрасной трате времени. Исторически, а во многих культурах и по сегодняшний день, употребляющие аддиктивные вещества или страдающие зависимостью от психоактивных веществ люди обычно рассматриваются как аморальные, безвольные, греховные и неизлечимые. Эти взгляды часто подкрепляются, когда врач в ходе обучения контактирует главным образом с пациентами, страдающими тяжёлыми формами алкогольной или наркотической зависимости. Эти пациенты склонны в большей степени сопротивляться лечению, выпадать из лечебного процесса и давать повторные рецидивы. Такой негативный опыт приводит к убеждению, что все злоупотребляющие психоактивными веществами лица имеют плохой прогноз в плане выздоровления. Такого рода убеждения, с одной стороны, затрудняют людям получение необходимой им помощи, а с другой стороны - препятствуют развитию системы адекватной помощи и терапии. Несмотря на правильность суждения о том, что лица с тяжёлыми формами зависимости не дают хорошего ответа на терапию, следует иметь в виду, что такие лица составляют меньшинство среди общего числа людей, злоупотребляющих психоактивными веществами.

**1. Барьеры отношений в работе с лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами**

**Пессимизм** - Является результатом убеждения, что лечение страдающих зависимостью, - вещь безнадёжная. Это убеждение может проистекать из опыта общения с пациентами, имеющими наиболее тяжёлые формы алкогольной и наркоманической зависимости, часто выпадающими из лечебных программ и дающими повторные рецидивы.

**Морализаторство** - Когда потребители психоактивных веществ или сами эти вещества рассматриваются как "зло" или "скверна", тогда и акт их приёма является постыдным. Данный взгляд поддерживается множеством культуральных норм.

**Создание стереотипов** - Это имеет место, если злоупотребление алкоголем или

иными психоактивными веществами расценивается как свойственное для каких-то слоёв населения в большей степени, чем для других. В результате злоупотребление с меньшей вероятностью будет выявлено (гиподиагностика) у пациентов, которые не соответствуют сложившимся стереотипам, и с повышенной частотой (гипердиагностика) среди тех, кто в них укладывается.

**Пренебрежение, игнорирование** - Относится к непризнанию врачами того факта, что алкогольные и другие проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ, находятся в сфере их ответственности.

## II. “Типичный” человек, злоупотребляющий психоактивными веществами

“Типичный” человек, злоупотребляющий психоактивными веществами, обладает теми же самыми чертами, что и “средний” пациент, оказывающийся в поле зрения медиков. Статистические данные из Великобритании показывают, что 90% лиц, злоупотребляющих алкоголем или другими психоактивными веществами, имеют работу и обладают относительно неплохим здоровьем. Стереотипному образу выброшенного на улицу алкоголика или наркомана соответствуют менее 3% от общего числа больных алкоголизмом и 5% наркоманов.

Злоупотребляющий алкоголем или другими психоактивными веществами человек, обладающий хотя бы некоторыми ресурсами и стабильностью в форме, к примеру, поддержки своей семьи и друзей, работы или своего жилья, обнаруживает великолепный терапевтический ответ даже на небольшие терапевтические мероприятия. Терапевтическое вмешательство, осуществляемое на более ранней стадии болезненного пристрастия, приводит к лучшим результатам. Такого рода опыт, в свою очередь, улучшает общее отношение врача к работе с пациентами, злоупотребляющими веществами или зависимыми от них.

## III. Позитивные отношения

Можно уменьшить степень фрустрации, возникающей при работе с пациентами, злоупотребляющими веществами или зависимыми от них, через осознание того, почему у некоторых людей развивается зависимость от психоактивных веществ, а также путем приобретения всё большего количества навыков раннего вмешательства, профилактики, диагностики и консультирования. Эти знания и навыки будут повышать Вашу эффективность в работе с такими пациентами, а опыт взаимодействия с больными, у которых отмечается хороший ответ на терапию и у которых произошли позитивные сдвиги в характере потребления алкоголя или других психоактивных веществ, окажет благотворное влияние на систему отношений врача. Отношениями, способствующими включению пациентов в терапевтический процесс, являются те, которые дают им чувство собственного достоинства и самоуважения, гарантируют личную защищённость и неразглашение информации, рождают оптимистические ожидания на будущее.

## IV. Персональные отношения и взгляды?

Важно начать осознавать и оценивать Ваши персональные отношения как по поводу употребления психоактивных веществ лично Вами, так и другими лицами. Это является начальной ступенью в понимании того, как имеющиеся у Вас отношения влияют на качест-

во лечения Ваших пациентов, что, в свою очередь, может влиять на их выздоровление. Ниже приведены упражнения\*, выполнение которых позволит Вам прояснить Ваши собственные взгляды и представления.

### **Персональное упражнение # 1**

1. Выберите то или иное психоактивное вещество, которое Вы решили не употреблять, когда это было возможно, или которое Вы решили не употреблять вообще.

2. Подумайте о том, почему Вы приняли именно такое решение. На чём основывается Ваше решение? Какими источниками информации Вы пользуетесь в отношении алкоголя и других психоактивных веществ?

- *Взгляды и отношения формируются посредством того, что мы слышим и видим от членов своей семьи, друзей, системы образования, получаем из личного опыта и средств массовой информации. Эти источники могут отличаться по степени надёжности и обоснованности. Насколько надёжными и обоснованными являются те факты/теории/идеи, на которых базируются Ваши отношения?*

### **Персональное упражнение # 2**

1. Перечислите вещи или виды деятельности, от которых Вы можете быть зависимы. Ваш перечень может включить любое из числа того, что Вы регулярно совершаете и чего Вам будет недоставать, если Вы решите этому положить конец. Примеры включают в себя алкоголь, сигареты, шоколад, азартные игры, сидение у телевизора и т.д.

2. Почему Вы считаете, что зависимы от этих вещей или видов деятельности? Что они дают Вам? Если бы Вам пришлось от этого отказаться сегодня, то что, на Ваш взгляд, Вы можете испытывать? Будет это сделать легко или трудно? Переживали ли Вы отмену в прошлом (эмоциональные, психологические, физические проявления отмены)?

*В Приложении Б приведен перечень, составленный потребителями наркотических веществ, с описанием причин, по которым они принимают эти вещества, а также перечень наиболее частых причин, почему люди употребляют алкоголь.*

---

\* Упражнения, приведенные в Главе 2, базируются на упражнениях из книги: Dave MacDonald and Vicky Patterson. Handbook of Drug Training. Learning About Drugs and Working with Drug Users. - London and New York: Tavistock/Routledge, 1991. - 185 p.



## ГЛАВА 3

### Биопсихосоциальный подход

#### Введение

*Биопсихосоциальный подход предоставляет контекст для понимания употребления алкоголя и других аддитивных веществ. Проблемы, вызванные употреблением психоактивных веществ, являются результатом сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, на которые, в свою очередь, влияет характер употребления психоактивных веществ индивидуумом.*

*Все люди обладают уникальными физиологическими и психологическими свойствами и различаются особенностями социальной ситуации. Индивидуумы находятся не в вакууме, а проживают в определённой среде (в какой-то стране, в каком-то городе, среди каких-то соседей). При этом индивидуумы испытывают влияние со стороны своего окружения и сами оказывают влияние на свою среду. Средовое окружение может значительно различаться по принятому характеру употребления алкоголя и других веществ, вызывающих зависимость. Индивидуальный риск развития зависимости варьирует в зависимости от этих жизненных обстоятельств. Если индивидуум испытывал или в настоящее время испытывает высокие уровни стресса и недостаточно владеет позитивными адаптивными стратегиями (навыками решения проблем, коммуникационными навыками, способностью формировать близкие взаимоотношения), то риск злоупотребления алкоголем или другими вызывающими зависимость веществами может быть достаточно высоким. Употребление психоактивных веществ индивидуумом может выполнять функцию облегчения физической или эмоциональной боли, а также применяться для усиления положительных чувств.*

*Термин “биопсихосоциальный” применяется для описания подхода, учитывающего взаимодействие всех этих взаимосвязанных факторов: (i) для понимания различий в риске злоупотребления психоактивными веществами; (ii) в оценке выраженности проблем, связанных с употреблением веществ; (iii) в планировании терапевтических и профилактических вмешательств. В этой главе описываются факторы риска и стадии употребления веществ, способных вызывать зависимость.*

#### I. Факторы риска

*Поскольку врачи имеют дело с профилактикой и терапией, важно знать, какие факторы определяют потенциальный риск проблем, связанных с употреблением алкоголя или других веществ. Любой из описанных ниже факторов не является гарантией развития зависимости в будущем, а лишь указывает на имеющийся повышенный риск.*

##### A. Индивидуальные факторы риска

###### • Биологические

*К биологической составляющей риска зависимости от психоактивных веществ относятся (1) унаследованные генетические различия и (2) индивидуальные физиологические особен-*

ности, которые могут определять уровень риска. Исследования в этой области были преимущественно сосредоточены на изучении роли генетических факторов в развитии алкоголизма, поэтому приведенные далее исследования относятся только к алкогольной зависимости. Применялись различные методы исследований, включая близнецовый, генеалогический (метод изучения родословных), а также экспериментальные исследования на животных.

Сейчас индивидуумы с семейной отягощённостью по алкогольной зависимости или зависимости от других веществ рассматриваются как имеющие более высокий риск развития зависимости, чем представители всей популяции. К примеру, сыновья и дочери индивидуумов с алкогольной зависимостью имеют вероятность развития алкогольных проблем в 3-4 раза выше, чем индивидуумы без семейной отягощённости по алкоголизму.

Генетические различия также влияют на физиологические и психологические особенности людей, которые, в свою очередь, могут оказывать влияние на характер употребления ими алкоголя или других психоактивных веществ. Изучены следующие особенности такого рода:

- а) необычный метаболизм этанола и/или ацетальдегида;
- б) ускоренное развитие толерантности или физической зависимости;
- в) изменённые реакции на введение алкоголя (к примеру, в отношении субъективно воспринимаемого мышечного напряжения, ЭЭГ альфа-активности, вызванных потенциалов мозга).

### • Психологические

Психологические факторы включают когниции (убеждения и ожидания) индивидуума, эмоциональные состояния (к примеру, депрессивное или тревожное), а также личностные черты и поведение (к примеру, агрессивное, рискованное, застенчивое). У людей повышается риск злоупотребления вызывающими зависимость веществами в состоянии психологического дистресса, поскольку алкоголь и другие психоактивные вещества часто используются как адаптивные средства в случаях, когда другие адаптивные ресурсы являются недоступными или неадекватными. Отсутствие таких позитивных адаптивных навыков как развитые коммуникационные навыки или навыки разрешения проблем повышает риск развития зависимости от алкоголя или других веществ.

#### \* Убеждения и ожидания.

У нас имеются определённые убеждения в отношении самих себя и окружающего мира, в котором мы живём. Эти убеждения настолько определяют наше мышление, что мы не сомневаемся в их истинности. Они формируются на основании получаемых сообщений из нашего социального окружения, а также на основании нашего личного опыта. Если эти убеждения вступают в противоречие с реальностью, то человек может испытывать значительный стресс. Примерами таких убеждений являются следующие: “Я всегда должен/должна быть на высоте” или “Я отвечаю за то, как другие себя чувствуют или что они думают”. Ожидания индивидуума в отношении того, как он или она будет себя чувствовать в результате приёма того или иного вещества, также влияют на решение употреблять или не употреблять это вещество даже в тех случаях, когда реальность не согласуется с этими ожиданиями. К примеру, если у кого-то первый опыт курения марихуаны привёл к чувству релаксации,

*то этот индивидум может продолжать ожидать достижение этого чувства, если даже в действительности в последнее время курение марихуаны приводило к усилению тревоги.*

*\* Эмоциональные состояния*

*Отрицательные эмоциональные состояния повышают вероятность употребления психоактивных веществ, поскольку алкоголь и другие вещества могут оказывать негативное и/или позитивное подкрепление. К примеру, опиаты могут применяться для устранения физической боли, а марихуана может применяться для устранения тревоги (примеры негативного подкрепления); алкоголь может употребляться для повышения уверенности в себе (позитивное подкрепление).*

*\* Личностные черты*

*Нет доказательств существования “аддиктивной личности”. Однако, имеются данные о связи некоторых личностных черт с более высоким риском развития проблем, обусловленных злоупотреблением психоактивными веществами. К ним относятся такие черты личности, как бунтарство и стремление к интенсивным ощущениям.*

*\* Поведение*

*У людей, характеризующихся очень агрессивным либо очень пассивным поведением, более вероятны трудности в установлении нормальных межличностных отношений, что приводит к повышению риска злоупотребления веществами.*

**• Психические расстройства**

*Выраженные нарушения настроения тесно связаны со злоупотреблением психоактивными веществами. Вопросы двойного диагноза (коморбидности) более детально изложены в главе 7.*

**Б. Социо-культуральные факторы риска**

*Каждый человек находится в уникальном социальном окружении, состоящем из родителей, братьев и сестёр, сверстников и других значимых людей, каждый из которых оказывает значительное влияние на развитие субъекта. В свою очередь, ближайшее социальное окружение индивидума находится под влиянием ожиданий, ценностей и норм людей, принадлежащих к более широкому социальному кругу - учителей, представителей милиции и других органов власти, политиков, популярных актёров и музыкантов.*

*\* Родители / ролевые модели*

*Родители оказывают наибольшее влияние на своих детей. Было показано, что положительные и тёплые семейные взаимоотношения снижают вероятность начала употребления молодыми людьми психоактивных веществ даже при наличии других факторов риска. И напротив, неудовлетворительное общение между родителями и детьми, неэффективная дисциплина в семье, а также такие травмирующие переживания, как эмоциональное, физическое или сексуальное насилие, повышают риск злоупотребления алкоголем или другими веществами, способными вызывать зависимость.*

Для детей родители и другие члены семьи являются важными ролевыми моделями. Исследования показали, что дети, которые не имеют возможности научиться безопасному употреблению алкогольных напитков, имеют повышенный риск злоупотребления алкоголем. Такие дети воспитываются в семьях, где родители либо злоупотребляют алкоголем, либо не употребляют алкогольные напитки вообще. Кроме того, злоупотребление вызывающими зависимость веществами в семье повышает риск недосмотра детей и насилия по отношению к ним, что приводит к ещё большему возрастанию риска злоупотребления веществами у самих детей.

\* Травмирующие жизненные события в давнем или недавнем прошлом

- Развод / разрыв отношений
- Смерть супруга(и) или другого значимого лица
- Потеря работы
- Выход на пенсию
- Изнасилование / сексуальное насилие
- Ситуации, в которых человек оказывался свидетелем травмирующего события или пережил угрозу для жизни

\* Другие социальные факторы

Следующие факторы относятся к другим специфическим средовым факторам риска: социальная нестабильность, нищета, бездомность, безработица, неграмотность, род занятий с высоким уровнем стресса, род занятий с высокой доступностью алкоголя или других психоактивных веществ, поддержание отношений с зависимыми от психоактивных веществ сверстниками. Для молодых людей наиболее важным фактором риска является их группа сверстников.

\* Культура, законы и нормы

Внешние факторы могут оказывать влияние на характер употребления алкоголя или других веществ. Культуральные отношения к употреблению веществ могут прямо и в значительной степени влиять на риск развития зависимости. К примеру, культуральная приемлемость употребления какого-либо психоактивного вещества ассоциируется с высокими уровнями злоупотребления этим веществом, а культуры, в которых не обучают умеренным формам употребления алкоголя, более подвержены злоупотреблению алкогольными напитками. Законы и политика страны в отношении алкоголя и других психоактивных веществ также влияют на уровни злоупотребления. Ограничение доступности алкоголя и разрешённого законом возраста его употребления приводит к снижению масштабов злоупотребления. Показано, что повышение цен на алкогольные напитки приводит к снижению потребления алкоголя.

## II. Стадии употребления

В рамках биопсихосоциального подхода учитывается то обстоятельство, что проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами или зависимостью от них, варьируют по выраженности и своим последствиям. Стадии употребления простираются от не вызывающего проблем употребления до выраженного злоупотребления. Продолжительность времени между началом употребления и формированием зависимости варьирует в широких пределах и определяется не только индивидуальными особенностями субъектов, но и видом

психоактивного вещества. К примеру, обычно у людей зависимость от алкоголя развивается на протяжении 10-15 лет, тогда как героиновая зависимость развивается гораздо быстрее. Движение субъекта по стадиям и в их пределах зависит от биологических, психологических и социальных факторов.

#### Стадия 1: Начало употребления

Люди обычно начинают употреблять алкоголь и другие вызывающие зависимость вещества в подростковом возрасте.

#### Стадия 2: Экспериментирование

На этой стадии индивидуумы экспериментируют с различными видами алкоголя или другими психоактивными веществами. У них ещё не сформировались формы употребления или предпочтения. Употребление чаще всего происходит в социальной обстановке с намерением достичь эйфоризирующий эффект.

#### Стадия 3: Социальное употребление

У индивидуумов складывается определённая форма употребления вещества. Употребление происходит в определённых социальных группах или в окружении семьи во время социальных встреч и семейных торжеств. Употребляющие осознают как позитивные, так и негативные последствия употребления.

На данном этапе индивидуум может прекратить употребление, стабилизироваться на этой стадии или перейти к следующей стадии.

#### Стадия 4: Привычное употребление

Употребление на этой стадии становится более привычным, и употребляющий стремится подыскивать друзей с похожими формами употребления алкоголя или других вызывающих зависимость веществ. Могут иметь место признаки психологической зависимости: потребность в психоактивном веществе и озабоченность тем, чтобы это вещество было всегда доступно. Уже на этой стадии может наблюдаться некоторый рост толерантности. Если у индивидуума развивается толерантность, то ему или ей придётся употреблять всё большие дозы вещества для достижения желаемого эффекта.

Возможно полное прекращение употребления, стабилизация на этой стадии или переход в следующую стадию.

#### Стадия 5: Чрезмерное употребление

У индивидуума могут начаться проблемы во взаимоотношениях, неприятности на работе, могут возникать финансовые проблемы или проблемы с законом, что, в свою очередь, может приводить к ещё большему злоупотреблению, создавая “порочный” круг употребления. В то время как сам употребляющий может быть не способен видеть проблемный характер своего употребления, для окружающих (друзей, семьи) это может быть очевидным. Алкоголь и другие вещества всё больше используются для облегчения и устранения отрицательных чувств, а не для достижения эйфории. Продолжается развитие толерантности. Могут развиваться

признаки медицинских осложнений употребления.

На этом этапе субъект может самопроизвольно уменьшить употребление алкоголя или других веществ до не вызывающего проблем уровня или вообще прекратить употребление. Исследования, проведенные в Соединённых Штатах Америки, свидетельствуют о том, что большинство злоупотребляющих алкоголем молодых мужчин в последующие годы уменьшают приём алкоголя до уровня, не вызывающего проблем, причём часто без какого-либо вмешательства или лечения.\*

**Стадия 6: Болезненное пристрастие (аддикция)**

Эта стадия характеризуется утратой контроля над употреблением алкоголя или других веществ, а также продолжающимся употреблением, несмотря на такие отрицательные последствия как развод, потеря работы или проблемы со здоровьем. Человек может оказаться неспособным видеть связь между своим проблемным употреблением психоактивного вещества и возникающими отрицательными последствиями.

На этой стадии индивидуум может либо полностью прекратить употребление вещества, либо продолжать его употребление, что приведёт к дальнейшему ухудшению соматического и эмоционального здоровья, а также к ухудшению социальной ситуации. Маловероятно, чтобы индивидуум мог вернуться к не вызывающему проблем употреблению на продолжительное время.

**Стадии употребления**

НАЧАЛО УПОТРЕБЛЕНИЯ	-----	стоп
ЭКСПЕРИМЕНТИРОВАНИЕ	-----	стоп
		стоп
СОЦИАЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ	-----	стабилизация
		стоп
ПРИВЫЧНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ	-----	стабилизация
		стоп
ЧРЕЗМЕРНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ	-----	стабилизация
		стоп
АДДИКЦИЯ	-----	прогрессирование

\* Vaillant G.E. The Natural History of Alcoholism Revisited. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1995 .

### III. Положительные и отрицательные стороны употребления

*На каждой стадии употребления веществ имеются воспринимаемые преимущества и недостатки. С одной стороны, психоактивные вещества могут рассматриваться потребителем как благо, поскольку их употребление может снизить тревогу и напряжение, повысить чувство уверенности в себе, усилить удовольствие, а также обеспечивать уход на время от реальности. С другой стороны, люди могут сделать выбор не употреблять психоактивные вещества или умеренно их употреблять с учётом имеющихся отрицательных сторон и таких возможных негативных последствий злоупотребления, как денежные затраты, неприятные физиологические реакции, чувство утраты контроля, неодобрение со стороны сверстников или членов семьи. То, что одному представляется как положительная сторона употребления, другим может оцениваться как отрицательная, и наоборот.*

## ГЛАВА 4

### Скрининг, оценка и диагноз

#### Введение

*Способность врача распознавать проблемы, связанные с употреблением алкоголя или других психоактивных веществ, может быть серьёзно нарушена из-за отсутствия необходимого обучения. В результате такого дефекта в знаниях употребление алкоголя и других веществ может не рассматриваться как причина или как дополнительный патогенетический фактор при многих состояниях, которые заставляют обратиться за медицинской помощью. Если для профессионала обычно не составляет особого труда диагностировать проблемы, связанные с употреблением алкоголя или других веществ, на этапе явных проявлений, то диагностика этих проблем у пациентов на более ранних этапах является не столь лёгкой. Для освоения диагностики требуется умение задавать всем пациентам рутинные вопросы об употреблении алкоголя и других веществ, не делая исключения для тех пациентов, которые не похожи на злоупотребляющих алкоголем. Если есть признаки такого рода проблем, то врач должен уметь продолжить опрос, задавая прицельные вопросы. В оценке основное внимание должно быть уделено тому, как употребление вещества влияет на эмоциональное и физическое здоровье индивидуума, его социальные взаимоотношения, материальное состояние, правовой статус и работу. Это помогает врачу определить, какого рода помощь может оказаться наиболее полезной для каждого отдельного пациента. Информация может быть собрана со слов самого пациента, на основании исследования его физического состояния, а также от членов его семьи или друзей.*

*В этой главе представлен обзор того, как оценивать характер употребления пациентом алкоголя и других веществ таким образом, чтобы можно было подобрать наиболее адекватное лечение. В эту главу не включён обзор всех доступных в настоящее время оценочных инструментов, как и не включены все доступные оценке сферы, а только те инструменты и те области оценки, которые прямо связаны с деятельностью врача.*

#### 1. Признаки злоупотребления / зависимости

*Ранние признаки зависимости являются первично психосоциальными и поведенческими. К примеру, таким признаком могут выступать частые визиты к врачу. По мере того, как связанные с употреблением психоактивных веществ проблемы становятся всё более выраженными, возрастают психосоциальные проблемы, которые испытывает человек. Физические признаки обычно становятся явными на более поздних этапах зависимости. В таблице 1 представлен обзор физических жалоб, физических симптомов и психологических признаков, часто обнаруживаемых на более поздних этапах зависимости\*. Важно иметь в виду, что женщины пьянеют от меньших доз алкоголя, чем мужчины. Это связано с изменчивыми уровнями гормонов и более низким содержанием воды в теле. Такие тяжёлые последствия употребления алкоголя как цирроз и гепатит также раньше развиваются у женщин.*

\* Brown University ADEPT - Alcohol and Drug Education for Physician Training in Patient Care. - Rhodes Island: Brown University, Center for Alcohol and Addiction Studies, 1987. (См. Приложение К).



**Социальные признаки, которые заслуживают внимание при выявлении злоупотребления / зависимости:**

**а) Семья / взаимоотношения**

- семейные проблемы / развод
- недосмотр детей / насилие
- физические конфликты (драки и т.п.)
- времяпровождение с людьми, регулярно употребляющими наркотики / алкоголь
- тревога и депрессия у членов семьи

**б) Занятость / Образование**

- абсентеизм (прогулы / пропуски занятий)
- происшествия на работе
- неэффективный труд
- внезапное снижение успеваемости в школе
- уход из школы

**в) Правовые**

- задержания в связи с незаконной торговлей, воровством, нарушениями общественного порядка или вождением в нетрезвом состоянии

**г) Финансовые**

- задолженность по счетам и занятие денег, продажа своих вещей

Таблица 1

**Признаки злоупотребления веществами и зависимости от них**

Вещество	Физические жалобы	Физические признаки	Г п
<b>Алкоголь</b>	Частые травмы, боли в животе, тошнота, рвота (гастрит, панкреатит), диарея, головные боли, бессонница, миопатия, неопределённые физические жалобы, импотенция, периферический неврит, судороги, застойная сердечная недостаточность, сердцебиение, бессонница,	Гипертензия; травмы (е.g. ссадины); увеличение печени; кожные признаки заболевания печени (е.g. «паукообразные» ангиомы, эритема ладоней), экхимозы на ногах, руках или груди; запах алкоголя в выдыхаемом воздухе	Д в и п л
<b>Опиоиды</b>	Жалобы на сильные боли (с целью назначения наркотиков), инфекции (в особенности целлюлиты, абсцессы, пневмонии, SBE)	«Дорожки» в местах инъекций, повреждения кожных покровов, суженные зрачки, набухшая слизистая носа, тромбозы, лимфаденопатия	Д п с
<b>Каннабис</b>	Хронический сухой кашель, бронхит, синусит, фарингит, ларингит	Конъюнктивальные кровоизлияния; отчётливый запах тлеющих листьев в выдыхаемом воздухе и от одежды; расширенные, слабо реагирующие зрачки	С а т
<b>Депрессанты</b>	Бессонница, беспокойство, судороги, пневмония	Омазанная речь без запаха алкоголя; следы от инъекций (в случае в/в введения, особенно при употреблении барбитуратов); суженные зрачки	Д п
<b>Стимуляторы</b>	Кожные язвы, бессонница, потеря веса	Изношенные нижние зубы (скрежетание зубами), расчёсы, кожные язвы, дискинезия	Т
<b>Кокаин</b>	Повышенная утомляемость, синуситы, боли в горле, осиплость, постоянная лихорадка, боли в груди, сексуальные проблемы, бронхит, потеря веса, тошнота и рвота, головные боли, мышечные боли, раздражение	Ринит, высыпания вокруг области носа, перфорация носовой перегородки, гипертензия, тахикардия Крэк: осиплость, запёкшиеся губы, сухой язык и сухая слизистая глотки, опаленные брови или ресницы	С с д т

## II Инструменты для выявления злоупотребления / зависимости

### 1. DSM-IV и МКБ-10

Скрининг и оценка пациентов в отношении употребления ими психоактивных веществ позволяет выявить информацию, на основании которой может быть поставлен диагноз злоупотребления веществом или зависимости от него. Критерии диагностики приведены как в DSM-IV (Диагностическом и Статистическом Руководстве Американской Психиатрической Ассоциации), так и в МКБ-10 (Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра, разработанной и используемой ВОЗ).

Согласно МКБ-10 синдром зависимости представляет собой “сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество (которое может быть или не быть предписано врачом), алкоголь или табак”\*. Употреблением вещества с вредными последствиями (злоупотреблением) в соответствии с МКБ-10 является “модель употребления психоактивного вещества, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (напр., в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотиков) или психическим (случаи возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжёлой алкоголизации)”\*. Диагностические указания МКБ-10 и DSM-IV в отношении синдрома зависимости и злоупотребления представлены в приложении С.

### 2. Инструменты скрининга / оценки

#### А. Скрининговое интервью

Скрининг заключается в выяснении у пациентов того, как они употребляют алкоголь и другие аддитивные вещества. Это позволяет врачу выявить проблемы до тех пор, пока они станут более серьёзными, а также даёт врачу возможность образовывать пациента в отношении употребления веществ, и, кроме того, создаёт дополнительную мотивацию у пациентов путём проявления заинтересованности в характере употребления веществ. Есть несколько вариантов, когда проводить скрининг:

- во время рутинного исследования физического состояния;
- в процессе сбора анамнеза, когда задаются вопросы о принимаемых ранее или в настоящее время медикаментах;
- когда выясняется характер питания пациента;
- когда пациент проявляет озабоченность по поводу того, что может быть связано с употреблением психоактивных веществ;
- во время визитов по другим поводам (к примеру, в связи с необходимостью неотложной помощи, по поводу контрацепции);
- когда об этом просят озабоченный друг, член семьи или работодатель.

Выделяют следующие **этапы скрининга**:

1. Спросите пациента о характере употребления психоактивных веществ. Вопросы должны быть сформулированы таким образом, чтобы ослабить возможную оборонительную позицию пациента. Начинать с вопросов о таких легальных и культурально приемлемых веществах, как табак и алкоголь.

\* МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. - Санкт-Петербург: Адис, 1994. - С. 76.

Примеры скрининговых вопросов:

- \* У Вас или в Вашей семье когда-нибудь возникали проблемы из-за употребления алкоголя или наркотиков (какого-либо другого вещества, вызывающего пристрастие)?
- \* Употребляли ли Вы алкоголь или какие-нибудь наркотики (другие вещества, вызывающие пристрастие) в течение последнего года?
- \* Вы употребляете алкоголь? Как часто? Что Вы предпочитаете пить? Как много Вы можете выпить в течение дня? Употребляете ли Вы какие-нибудь другие наркотики (вещества, вызывающие пристрастие)? Испытывали ли Вы когда-нибудь озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя или других наркотиков (веществ, вызывающих пристрастие)?

Разумные границы употребления алкоголя:

Что касается алкоголя, то разумные границы употребления варьируют от страны к стране, но обычно определяются как 3-4 стандартных дозы (1 стандартная доза эквивалентна 10 г этанола) за один приём (в течение одного вечера и т.п.) для мужчин и 2-3 стандартных дозы за один приём для женщины, при этом с 2-3 днями трезвости в неделю. Если взрослый пациент говорит, что в течение последнего года он не употреблял алкоголь, то следует уточнить далее, не испытывал ли пациент ранее озабоченности по поводу своего употребления алкоголя, не предпринимал ли ранее попытки установить контроль над своим употреблением алкоголя.

2. Оцените факторы риска (алкогольные проблемы или проблемы с употреблением других веществ в семейном анамнезе? стрессовые события жизни? группа высокого риска?).
3. Определите психосоциальные проблемы, которые могут быть связаны с употреблением психоактивных веществ (развод, потеря работы, криминальное поведение и т.п.).
4. Примените скрининговый опросник (к примеру, CAGE).

Б. Скрининговые опросники:

(i) **CAGE (УРВО)** - скрининговый инструмент, состоящий из четырёх вопросов. Вначале он был разработан как скрининговый инструмент для выявления алкогольных проблем, но при последующей модификации его сделали пригодным для выявления проблем, связанных с употреблением наркотиков. (Оригинальный текст подчеркнут.)

“У Вас когда-нибудь возникало чувство, что Вы должны постараться уменьшить потребление алкоголя или наркотиков?”

“У Вас когда-нибудь люди вызывали раздражение своими упреками в отношении Вашего употребления алкоголя или наркотиков?”

“Испытывали ли Вы когда-нибудь чувство вины по поводу своего употребления алкоголя или наркотиков?”

“Вы когда-нибудь утром опохмелялись / употребляли наркотики, чтобы успокоить свои нервы или избавиться от плохого самочувствия, или чтобы обрести способность что-нибудь делать?”

Имеется иной русскоязычный адаптированный вариант CAGE - “БРВПГ”\* :

1. Пытались ли Вы когда-либо бросить пить?
2. Раздражает ли Вас, когда люди спрашивают о том, как Вы пьёте?
3. Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьёте?
4. Похмелялись ли Вы когда-нибудь по утрам?

Риск существования алкогольных проблем имеется при положительном ответе на любой из этих вопросов. Проблема вероятна, если пациент положительно отвечает на два или три вопроса. Четыре положительных ответа свидетельствуют о высокой вероятности алкогольной (наркоманической) зависимости.

Вопросы CAGE полезны не только для скрининга, но и для объяснения связи между употреблением алкоголя или наркотиков и потенциальными негативными последствиями употребления. К примеру, за положительным ответом на вопрос о чувстве вины может последовать вопрос: “Что вызывает у Вас чувство вины?”. Это может позволить выявить, что употребление психоактивных веществ имеет следствием трудности на работе или дома.

(ii) AUDIT (Тест по Выявлению Расстройств, Связанных с Употреблением Алкоголя) был разработан ВОЗ в 80-х годах для выявления лиц на ранних этапах алкогольных проблем. Однако, этот скрининговый инструмент может также определять более выраженные проблемы с достаточно высокой точностью. В инструменте три вопроса посвящены количеству употребляемого алкоголя и частоте выпивок, три вопроса - зависимости от алкоголя, и 4 вопроса - проблемам, вызванным алкоголем, включая неблагоприятные психологические реакции. Опросник AUDIT приведен в Приложении D.

#### В. Исследование физического состояния

Исследование физического состояния является очень малочувствительным в отношении лёгких форм злоупотребления алкоголем или другими веществами. Симптомы невыраженного злоупотребления алкоголем могут включать лабильную артериальную гипертензию, а также чувствительность в эпигастрии или в правом верхнем квадранте живота. Повреждение слизистой носа может сопровождать вдыхание кокаина. Следы инъекций на кожных покровах могут указывать на внутривенное введение наркотиков. Полезными признаками также могут служить проявления прошлых или настоящих травм.

#### Г. Лабораторные данные

Лабораторные исследования могут быть полезны:

- для подтверждения вероятного диагноза злоупотребления алкоголем / другими веществами или зависимости от них;
- для подтверждения употребления психоактивных веществ путём их определения в биологических средах;
- для определения выраженности физических (сомато-неврологических) осложнений;
- 

\* Диагностика и лечение тревожных расстройств (Руководство для врачей) : Пер. с англ. - С. 102.

- для мониторинга выполнения рекомендаций и назначений в процессе терапии.

Лабораторные исследования оказываются наиболее чувствительными при выявлении пациентов с выраженной зависимостью от алкоголя и менее чувствительны при злоупотреблении алкоголем. И хотя лабораторные исследования могут помочь в определении выраженности проблем, они не могут заменить информацию, полученную в процессе хорошего клинического интервью. Существенное значение лабораторные исследования имеют в установлении факта употребления тех или иных психоактивных веществ, что нередко имеет большое значение в медико-экспертной практике. Отрицательные результаты лабораторных исследований не исключают диагноз зависимости от алкоголя или других веществ. Описания различных лабораторных тестов приведены в Приложении Е.

#### Д. Другие источники информации

После обследования, интервьюирования и получения лабораторных данных врач может быть всё ещё не уверен в диагнозе злоупотребления веществом или зависимости от него. В этом случае врач может попросить пациента, чтобы на встречу с ним пришли другие члены семьи для уточнения их отношения к употреблению алкоголя или других веществ. Чтобы завоевать доверие пациента, важно не раскрывать информацию членам семьи без предварительного согласия на это пациента. В общении с родственниками можно задавать вопросы о стрессах дома и их причинах, а также о том, как каждый в семье пытается с этим справиться. В некоторых ситуациях члены семьи будут скрывать информацию об употреблении алкоголя и наркотиков, так как: (1) они могут не видеть в этом проблемы, (2) они могут чувствовать необходимость стать на сторону пациента, или (3) они могут опасаться агрессии или мщения.

#### Е. Оценочные подходы

Пациенты, которые дали положительный результат на этапе скрининга или которые обнаруживают предположительные симптомы и признаки зависимости, должны быть обследованы далее для определения того, удовлетворяют ли они диагностическим критериям зависимости от алкоголя или других веществ. В оценке проблем, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков, наилучшим источником информации является интервью. Это особенно верно в отношении пациентов с минимальными проблемами, когда негативные последствия носят преимущественно психосоциальный характер.

**Подход 1.** Вопросы могут задаваться в отношении того, как может употребление вещества отрицательно влиять на биопсихосоциальное функционирование.

Некоторые примеры такого рода вопросов приведены ниже.

- Ваше употребление алкоголя или наркотиков приводило ли к каким-либо проблемам со здоровьем? в семье? в Вашем финансовом положении? к задержаниям милицией или другим правовым проблемам?
- Вы когда-нибудь думаете о том, что у Вас есть проблемы с употреблением алкоголя или других способных вызывать пристрастие веществ?
- У Вас когда-нибудь были провалы памяти (неспособность вспомнить события) в состоянии опьянения?
- У Вас были когда-нибудь травмы / несчастные случаи, связанные с Вашим употреблением алкоголя или других вызывающих пристрастие веществ?
- В течение последнего года Вы когда-нибудь управляли машиной в состоянии опьянения?

- *Пытались ли Вы когда-нибудь раньше уменьшить употребление алкоголя или другого вещества либо прекратить употребление вообще?*

*Преимущество данного подхода заключается в том, что он является прямым и эффективным. Он позволяет установить связь между предшествующим употреблением и его последствиями. Недостатком является то, что пациенты могут не желать предоставлять такого рода информацию, если у них складывается впечатление, что информация собирается для диагностики злоупотребления веществами или зависимости от них.*

**Подход 2.** *Этот подход начинается с социального анамнеза. Основное внимание при этом уделяется оценке потенциальных последствий употребления алкоголя или других психоактивных веществ. Важной целью является установление контакта и взаимопонимания с пациентом, используя стандартные техники интервьюирования. Осторожно задаваемые прямые вопросы о семье и социальных отношениях, трудностях на работе или в школе и т.п. могут привести к раскрытию негативных последствий употребления алкоголя или других веществ.*

*Некоторые примеры приведены ниже:*

- *Установите точку соприкосновения, к примеру: “Это, конечно, немалый стресс - испытывать такие боли в животе, но меня интересует, что ещё вызывает у Вас состояние стресса?”*
- *Применяйте открытые вопросы, к примеру: “Какие стрессы/трудности Вы испытываете в своей жизни?”*
- *Перефразируйте ответы, чтобы пациент знал, что Вы его понимаете, к примеру: “Ваш начальник действительно многого требует от Вас”.*
- *Применяйте эмпатичные утверждения и выражения Вашего уважения к пациенту, к примеру: “Я понимаю, что это трудное для Вас время, и Вы чувствуете, что алкоголь помогает Вам забыть о проблемах. Я хотел бы помочь Вам с этим справиться, чтобы Вам не надо было для этого использовать алкоголь”.*

*Если установлен хороший контакт, то задавайте вопросы, касающиеся употребления пациентом алкоголя и других веществ так же, как и в “подходе 1”. Постарайтесь установить связи во времени между потенциальными последствиями и употреблением аддиктивных веществ.*

*И хотя этот подход предполагает большие затраты времени, чем первый подход, при его применении можно получить более откровенные ответы.*

### **III. Барьеры на пути выявления и лечения**

#### **“ Отсутствие конфиденциальности**

*Пациент вряд ли будет откровенно обсуждать свои проблемы, связанные с употреблением алкоголя или других веществ, если он или она не могут контролировать, кто имеет доступ к этой информации.*

#### **“ Отношения**

*Пессимизм, морализаторство, создание стереотипов и пренебрежительное отношение к этим вопросам (непризнание того, что проблемы, связанные с употреблением алкоголя или других психоактивных веществ, требуют врачебного вмешательства) - всё это препятствует процессу диагностики и терапии.*

**“ Барьеры для женщин**

*Непризнание следующих моментов:*

- *ригидных ролевых ожиданий;*
- *того факта, что общество в большей степени обычно осуждает женщин, злоупотребляющих веществами, чем мужчин;*
- *отсутствие консультативных служб для жертв насилия. Значительная доля женщин, злоупотребляющих алкоголем или другими веществами, подвергались (или подвергаются) сексуальному или физическому насилию.*

*Список состояний, влияющих на валидность самоотчётов клиентов об их употреблении алкоголя или других веществ, приведен в Приложении F.*



## Итоговая схема оценки и скрининга

## Скрининг

1. Спросите у пациента о характере употребления им аддитивных веществ.
2. Примените CAGE или AUDIT.
3. Обращайте внимание на признаки злоупотребления алкоголем или другими аддитивными веществами.

## Нет признаков проблемы

## ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА:

- Предоставьте литературу
- Образовывайте пациента

## Есть признаки проблемы

- Злоупотребление, приводящее к проблемам в одной или нескольких сферах жизни
- Употребление алкоголя свыше рекомендуемых уровней

## ДАЛЬНЕЙШАЯ ОЦЕНКА

- “ Как относится пациент к своему употреблению алкоголя?
- “ Как употребление влияет на физическое и эмоциональное здоровье, взаимоотношения, работу, учёбу, правовой статус и финансовое положение?
- “ В чём заключаются положительные и отрицательные стороны пьянства у пациента?
- “ Рассмотрите лабораторные данные / данные исследования физического состояния;
- “ Поговорите с членами семьи (с согласия пациента);
- “ Заинтересован ли пациент в дальнейшей помощи?

## ГЛАВА 5

### Сообщение диагноза и начало терапии

#### Введение

Следующим шагом после того, как врач установил, что его пациент злоупотребляет алкоголем или другим веществом либо уже проявляет признаки зависимости, является обсуждение этой информации с пациентом и начало терапии. Отношение врача и стиль представления пациенту его диагноза в значительной степени определяют реакции пациента на терапию. Эта реакция может иметь оборонительный характер, носить характер сопротивления лечению или отказа от него. Существуют, вместе с тем, специфические навыки интервьюирования, помогающие создать атмосферу, в которой пациент чувствует себя более комфортно и открыто в обсуждении своей проблемы с психоактивными веществами и имеющихся терапевтических возможностей. Представляя диагноз, врач должен делать это в честной, откровенной и сочувствующей форме, показывая связь употребления психоактивного вещества с симптомами биологического, психологического и социального плана. Представление диагноза и начало лечения включает в себя три части, каждая из которых требует своих определенных навыков: (1) установление поддерживающих взаимоотношений; (2) образование пациента в области употребления им психоактивных веществ и (3) обсуждение плана лечения с пациентом. В этом разделе приводится обзор навыков и методик, необходимых для помощи пациенту в достижении им позитивных сдвигов в своём поведении.

#### I. Навыки интервьюирования

##### **Установите поддерживающие взаимоотношения**

Доверие между участниками лечебного процесса может быть установлено в том случае, если отношение врача к пациенту при первом контакте было вежливым, доверительным и сочувствующим. Доверие является основным элементом взаимоотношений врача и пациента. Отсутствие доверия своему доктору приводит к усилению сопротивления терапевтическим мероприятиям и росту удельного веса пациентов, прекративших лечение. Врач должен рассматривать пациента как активного участника лечебного процесса и проявлять готовность к обсуждению с пациентом возможных форм и методов терапии, при этом позволяя пациенту, где это только возможно, делать его собственный выбор, - то есть, говоря другими словами, видеть в нём как бы своего оппонента в ходе проведения лечения.

Заключительное решение относительно терапии принадлежит самому потребителю психоактивных веществ, однако при этом он нуждается в поддержке и помощи, чтобы узнать, какое из решений будет действительно наилучшим. Принятие пациента таким, какой он есть, позволяет снизить сопротивление и укрепить поддерживающие взаимоотношения.

##### **Образовывайте пациента**

Это включает в себя предоставление пациенту объективной информации об употреблении им психоактивных веществ и того, как это связано с его здоровьем. Например: "Имеющиеся у Вас проблемы с желудком связаны с Вашим употреблением алкоголя". Уточните, как пациент рассматривает своё употребление психоактивных веществ, а именно - проявляет озабоченность по

этому поводу либо нет. Важно также образовывать пациента в отношении принятых безопасных уровней употребления алкоголя, при этом учитывая индивидуальные особенности пациента и степень риска развития злоупотребления и зависимости.

### **Обсудите план лечения / контракт с пациентом**

#### *· Терапевтические альтернативы*

Необходимо вовлечь пациента в процесс принятия решения о том, каким будет план лечения, так как это увеличивает вероятность благоприятного результата. Однако в случаях выраженной зависимости либо имеющихся психиатрических осложнений пациент может оказаться неспособным к принятию решения относительно того, какой курс лечения будет для него или её наилучшим. Пациенты могут предпочесть варианты лечения, являющиеся менее интенсивными по сравнению с теми, что им действительно показаны. С такими пациентами в процессе обсуждения лучше всего занять позицию, что для достижения долгосрочных целей лечения, в которых заинтересованы они сами, необходимо, чтобы терапевтические программы наилучшим образом соответствовали состоянию пациента и его терапевтическим потребностям. В конце концов, однако, врачам следует поддерживать любые попытки лечения, которые предпринимает пациент.

#### *· Задачи врача при обсуждении плана лечения:*

- ▢ проинформируйте пациента о возможности добиться позитивных сдвигов в характере потребления им алкоголя или других психоактивных веществ;
- ▢ дайте возможность пациенту выразить его или её собственные решения, представления и опасения;
- ▢ систематизируйте и ещё раз пересмотрите детали обсуждаемого плана лечения;
- ▢ получите словесное согласие пациента на то, чтобы приступить к лечению;
- ▢ спланируйте следующие встречи и шаги.

## **II. Возможные реакции пациента**

Вы должны быть готовы ко всем возможным реакциям пациента во время обсуждения его зависимости или злоупотребления психоактивным веществом:

**Согласие:** Некоторые пациенты могут испытывать облегчение от предоставленной возможности обсудить вопрос об употреблении алкоголя или других психоактивных веществ.

**Замешательство:** У некоторых пациентов это может вызывать искреннее удивление или замешательство - "Неужели эти проблемы действительно могут быть вызваны тем, что я выпиваю?"

**Пассивное принятие:** Другие пациенты могут демонстрировать пассивное принятие проблемы, однако не испытывать озабоченности по поводу употребления ими психоактивных веществ - "Раньше я уже смог прекратить употреблять гашиш, и я смогу остановиться снова. Я позабочусь об этом сам."

Полезным в таких случаях может быть продолжение уточнения реакции пациента. Вы можете сказать: "Мне кажется, что Вы вполне осознаете необходимость прекратить употребление наркотиков. Что привело Вас к этому?"

**Рационализация:** Пациенты могут рационализировать характер употребления: "Я знаю, что я много пью, но пьянство помогает мне справиться со стрессом".

**Гнев:** Некоторые пациенты начинают сердиться или даже проявлять враждебность,

так как любое обсуждение их злоупотребления или зависимости может восприниматься ими в качестве угрозы.

### III. Методики интервьюирования / консультирования

#### А. Мотивационное интервьюирование

Мотивационное интервьюирование представляет собой методику, направленную на то, чтобы помочь человеку распознать его проблемы, связанные с алкоголем или другими психоактивными веществами, и приняться за их разрешение. Этот процесс часто происходит согласно модели изменения, описанной Прохаска и ДиКлементи (Prochaska & DiClemente). Модель изменения описывает стадии, которые проходят люди до и в процессе того или иного изменения в своем поведении:

пред-размышление, размышление, приготовление, действие, сохранение, рецидив. При этом основная цель мотивационного интервьюирования - помочь пациенту пройти от пред-размышления к последующим стадиям.

#### Б. Поддерживающая конфронтация

- Установите доверительные, полезные взаимоотношения с пациентом
- Обсудите с пациентом употребление им психоактивных веществ
- Предоставьте данные, свидетельствующие о наличии проблемы, связанной со злоупотреблением веществами (какое это может оказывать влияние на здоровье пациента или другие сферы его жизни)
- Предоставьте информацию о похожих проблемах, испытываемых другими людьми, и о возможных формах и методах их лечения
- Постарайтесь достичь принятия пациентом необходимости терапии и обсудите план лечения

#### В. Семейное вмешательство

1. Врачу желательно встретиться с как можно большим числом членов семьи пациента или других значимых людей в его жизни для обсуждения озабоченности каждого из них употреблением пациентом психоактивных веществ.
2. Группа из близких пациенту людей предварительно инструктируется для подготовки к встрече с пациентом, во время которой предоставляются конкретные свидетельства того, как им видится, что употребление вещества создаёт проблемы для пациента. Это необходимо делать в спокойной и поддерживающей манере. К примеру, члены группы выражают свою личную озабоченность и вовлечённость в ситуацию с использованием "Я" утверждений: "Я озабочен(а) тем, что ты можешь пить, а затем садиться за руль", или "Я беспокоюсь о том, что твоё здоровье явно ухудшается, когда ты выпиваешь". Пациенту также представляются реальные последствия, которые могут наступить в случае продолжения злоупотребления веществом, к примеру - потеря работы, судебные наказания или распад семьи.
3. В присутствии врача группа встречается с пациентом для предоставления описанной выше информации. Каждый человек выражает заботу о пациенте и желание того, чтобы пациент начал лечиться.
4. Предлагается безотлагательное начало терапии.

\* Prochaska, J. And DiClemente, C. (1981) 'Measuring the process of change', paper presented at the annual meeting of the International Council of Psychologists, Los Angeles.

Таблица 2

## Модель изменения в поведении и навыки мотивирующего интервью

Предразмышление	<p>Пациент ещё не верит в то, что проблема сущестует, и, следовательно, не думает об изменении своего поведения</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Повысить степень осознания пациентом проблемы</li> <li>* Оценить потребности, предоставить образовательную информацию по поводу его здоровья и здорового образа жизни</li> <li>* Связать поведение пациента с последствиями для здоровья (e.g. повышенным артериальным давлением, изменениями в среднем корпускулярном объёме эритроцитов, активности g-глутамилтранспептидазы).</li> <li>* Использовать эмпатию и рефлексивное слушание для переключения энергии пациента на размышление.</li> </ul>
Размышление	<p>Пациент осознаёт, что проблема действительно существует, и думает о целесообразности лечения</p> <p>Необходимо осознать положительные стороны лечения</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Дать совет и помочь пациенту принять решение при рассмотрении возможных методов лечения, причём в форме, свободной от конфронтации</li> <li>* Оценить степень желанности изменения и имеющиеся препятствия</li> </ul>
Подготовка	<p>Пациент принял решение измениться в ближайшем будущем</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Повысить собственную эффективность пациента; поддержать принятое решение к действию</li> <li>* Предоставить советы и помощь для начала осуществления изменения</li> </ul>
Действие	<p>Пациент начал процесс изменения путём уменьшения или прекращения употребления алкоголя или другого вещества</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Повысить собственную эффективность пациента; поддержать даже самые маленькие его успехи</li> <li>* Ещё раз уточнить цели, определить потребности пациента, обеспечить совет</li> </ul>
Поддержание	<p>Пациент достиг своих целей и сохраняет достигнутое изменение в поведении</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Сохранять интерес путём обеспечения дальнейшего поддерживающего наблюдения</li> <li>* Подкреплять успехи пациента</li> <li>* Помогать пациенту лучше понять и применять стратегии профилактики рецидивов</li> </ul>
Рецидив	<p>Пациент попытался совершить изменение, но оказался неспособным поддержать достигнутое</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Подкрепите собственную эффективность пациента</li> <li>* Предоставьте необходимую информацию и совет, перейдите на подходящую стадию процесса изменения</li> </ul>

## Оказание помощи в кризисных состояниях

### Введение

*В данной главе освещены кризисные состояния, возникающие в результате злоупотребления психоактивными веществами. Многие пациенты обращаются к врачам и в учреждения здравоохранения именно в состоянии медицинского или психосоциального кризиса. При этом, как правило, главное внимание медиков направлено на ликвидацию проявлений медицинского кризиса и гораздо меньше внимания уделяется кризисным явлениям психосоциального плана. Примерами медицинского кризиса являются состояния интоксикации или отмены, некоторые соматические расстройства и травмы, а также различные формы преднамеренных самоповреждений, возникающие в связи со злоупотреблением психоактивными веществами.*

*Суицидальные мысли и действия, как правило, наблюдаются в условиях психосоциального кризиса. Примером психосоциального кризиса является предстоящий развод (распад семьи), потеря работы, арест, утрата жилья, серьёзные финансовые трудности и т.п. Следует помнить о том, что любое кризисное состояние, возникшее вследствие злоупотребления психоактивными веществами или зависимости от них, может явиться хорошим отправным пунктом для того, чтобы приступить к лечению. При первом же контакте с пациентом целесообразно определить характер кризиса, всесторонне оценить имеющиеся у пациента соматические, психические и социальные проблемы. Эта информация является основой как для осуществления кризисного вмешательства, так и для планирования дальнейшего лечения в тех формах, которые наиболее адекватны потребностям в помощи данного пациента.*

*Состояние медицинского кризиса может быть настолько серьёзным, что может потребоваться лечение в отделении интенсивной терапии. Каждый врач, работающий в подразделениях, оказывающих неотложную помощь, должен обладать достаточной квалификацией для лечения пациентов, находящихся в состоянии интоксикации психоактивными веществами или в состоянии, связанном с их передозировкой. Иногда необходимы безотлагательные действия. Главной задачей является стабилизация пациента, то есть установление контроля над угрожающими жизни явлениями в состоянии пациента. Дополнительные трудности могут быть связаны с наличием сопутствующих соматических или психиатрических расстройств. Особую группу представляют пациенты, которые приняли большую дозу какого-либо психоактивного вещества с целью самоубийства. Поэтому тактика терапии и реабилитации должна определяться обстоятельствами, предшествующими передозировке или интоксикации. Нередко лечение осложняет отсутствие заинтересованности со стороны самих пациентов.*

### I. Кризисные состояния, связанные с употреблением алкоголя

#### **A. Синдром отмены алкоголя (алкогольный абстинентный синдром)**

*При алкогольной зависимости внезапное прекращение употребления алкоголя или резкое снижение дозы принимаемого алкоголя приводит к развитию синдрома отмены алкоголя*

или Алкогольного Абстинентного Синдрома (ААС). Симптомы ААС и их выраженность связаны с количеством употребляемого алкоголя и периодом развития синдрома отмены. Характерные для ААС признаки и время их появления после прекращения приема алкоголя приведены в таблице 3\*. Помимо первичных симптомов отмены алкоголя выделяют вторичные осложнения\*: алкогольный галлюциноз, эпилептиформные припадки, белую горячку (*delirium tremens*). Первые симптомы развиваются в течение 6-12 часов после резкого прекращения приема алкоголя. Симптомы наиболее интенсивны в период от 24 до 36 часов после отмены, а по прошествии 48 часов их выраженность снижается.

Галлюцинации обычно можно ожидать в пределах 24 часов после прекращения приема алкоголя, а исчезают они, как правило, в период от 48 до 72 часов после отмены. Чаще всего наблюдаются зрительные галлюцинации, иногда - тактильные и слуховые. Галлюцинации отмечаются у 3-10% пациентов с синдромом отмены алкоголя. Если злоупотребление алкоголем имело место на протяжении более 10 лет, то галлюцинаторные симптомы могут осложнять до 25% случаев состояний отмены алкоголя. Галлюцинации не являются предиктором развития белой горячки\*.

**Таблица 3. Континуум признаков синдрома отмены алкоголя**

Время появления	Признаки синдрома отмены алкоголя
6-12 часов	<i>тремор, тошнота, рвота, потливость, бессонница, тревога, тахикардия (ЧСС &gt; 120 ударов в минуту), гипертензия (&gt; 150/90)</i>
6-48 часов	<i>эпилептиформные припадки типа grand mal</i>
24-48 часов	<i>алкогольный галлюциноз на фоне ясного сознания</i>
72-120 часов	<i>delirium tremens: нарушенное сознание, дезориентировка, нарушения восприятия, нарушения психомоторной активности, нарушение сна, нарушения памяти и</i>

Припадки (типа 'grand mal') отмечаются в период от 6 до 48 часов после прекращения приема алкоголя. Развитие белой горячки (*delirium tremens*) можно предполагать, если пациент ранее страдал эпилептиформными припадками (вследствие обрыва приема алкоголя), проходил ранее детоксификацию, злоупотреблял алкоголем одновременно с (зло)употреблением седативных средств, а также в случае таких неврологических нарушений в анамнезе, как черепно-мозговая травма, эпилепсия, опухоль мозга.

### **Б. Детоксификация**

В Нидерландах нет национального протокола терапии синдрома отмены алкоголя, однако, в таких случаях чаще всего используемыми медикаментами являются бензодиазепины. При этом преимущества бензодиазепинов заключаются в их противосудорожном, анксиолитическом и седативном действии, а также в наличии

\* Leusink P. en Groen H. Behandeling van het alcoholonthoudingsyndroom: een pleidooi voor een protocol. TADP (18), nr. 2, pag 57-67.

кросс-толерантности по отношению к алкоголю и достаточной безопасности в плане токсичности. Бензодиазепины не являются гепатотоксичными. Бензодиазепины с продолжительным периодом полураспада (диазепам, хлордиазепоксид, клоразепат) быстрее накапливаются у пожилых пациентов, у пациентов с нарушенной функцией печени, а также оказывают более выраженное седативное действие.

В Джеллинек-центре для пациентов без судорожных припадков в анамнезе применяются долгоживущие бензодиазепины (e.g. хлордиазепоксид). Если в анамнезе отмечены судорожные припадки, то более вероятным является назначение клоназепама - бензодиазепина с выраженной противосудорожной активностью.

Всегда следует помнить о возможности развития зависимости от бензодиазепинов. Поэтому медикаменты этой группы не должны назначаться на период более, чем 14 дней.

Альтернативой применению бензодиазепинов в терапии синдрома отмены алкоголя является карбамазепин. Карбамазепин настолько же эффективен, как и бензодиазепины. Он обладает противосудорожной активностью, улучшает настроение, не оказывает седативного действия и не вызывает зависимости. Можно начинать терапию карбамазепином с дозы 800 мг в сутки и на протяжении недели постепенно снижать дозу. Карбамазепин не рекомендуется назначать пациентам с нарушенной функцией печени.

Когда начинать медикаментозную терапию?

В США для оценки выраженности алкогольного абстинентного синдрома врачи применяют Шкалу оценки синдрома отмены алкоголя Клинического Института Фонда Исследований Зависимостей\* (см. приложение G). Этот инструмент применяется для мониторинга терапии с целью её оптимизации у пациентов с алкогольным синдромом отмены. Инструмент позволяет оценивать 10 параметров: потливость, тревогу, тремор, нарушения слухового восприятия, нарушения зрительного восприятия, агитацию, тошноту, нарушения тактильного восприятия, головную боль, ориентировку и состояние сенсорной сферы. Каждый параметр определяет выраженность. Инструмент обладает высокой валидностью и надёжностью. Эта шкала с успехом применяется также в Австралии и Канаде. При использовании данного инструмента отмечается хорошая воспроизводимость оценок ( $r > 0,8$ ;  $r > 0,9$ ).

В соответствии со шкалой клинической оценки алкогольного синдрома отмены выделяют различные степени тяжести состояния по количеству набранных по шкале баллов:

- < 10 - легкое состояние отмены, не требующее медикаментозного лечения;
- 10-20 - умеренно выраженное состояние отмены;
- > 20 - выраженное состояние отмены.

Если состояние оценивается более чем в 10 баллов, то можно начинать с назначения бензодиазепинов продолжительного действия. Оценку по шкале можно повторять каждые 1-2 часа и в соответствии с результатом вводить медикаменты. В Джелли-

\* Sullivan J. T., Sykora K., Schneiderman J. et al. Assessment of alcohol withdrawal: revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction (1989) 84, 1353-1357.



нек-центре используется протокол, по которому каждые 2 часа вводится хлордиазепоксид в дозе 50 мг до максимальной дозы 600 мг в сутки. Если назначение длительно действующих бензодиазепинов оказалось неэффективным, то можно перейти на введение галоперидола в дозе 5 мг три раза в день в комбинации с хлордиазепоксидом (в связи с тем, что галоперидол может повышать судорожную активность). Как только достигается стабильность оценок по шкале выраженности алкогольного синдрома отмены, можно уменьшать дозу хлордиазепоксида на 20-25% в сутки.

#### *Терапия тиамином (Вит В<sub>1</sub>)*

В Нидерландах существуют разные мнения относительно включения тиамина в схемы лечения больных алкоголизмом\*. Известно, что дефицит тиамина может быть результатом неправильной диеты. Кроме того, злоупотребление алкоголем приводит к снижению естественного накопления тиамина. Последствия дефицита тиамина являются угрожающими. Заболеваниями, которые непосредственно связаны с дефицитом тиамина, являются "болезнь Вернике" и острый сердечно-сосудистый коллапс на фоне кардиальной формы Бери-бери. Болезнь Вернике представляет собой острое неврологическое расстройство, характеризующееся спутанностью, атаксией, парезом глазодвигательной мускулатуры и нистагмом. Неадекватная терапия может привести к смертельному исходу или к развиту синдрома Корсакова - часто необратимого амнестического синдрома, приводящего к тяжелой инвалидности.

Острое состояние дефицита тиамина определяет основную цель заместительной терапии тиамином. Рекомендуется\* безотлагательно начинать с внутримышечного введения тиамина в дозе 100 мг. Профилактическая заместительная терапия назначается тем больным алкогольной зависимостью, которым проводится инфузионная терапия глюкозой или которые обнаруживают признаки алкогольного синдрома отмены. Остаётся неясным, какова должна быть продолжительность терапии тиамином.

В соответствии с протоколом Джеллинек-центра (июнь, 1993) при диагностике алкогольного синдрома отмены рекомендуется начинать с введения 100 мг тиамина в комбинации с другими витаминами комплекса "В". Лечение проводится на протяжении по меньшей мере 3 дней, а иногда - недели. После этого считается достаточным введение комплексных препаратов витаминов группы "В".

## **II. Кризисные состояния, связанные с употреблением опиатов**

Каплан и Сэдок в своем синопсисе по психиатрии\*\* рассматривают передозировку или интоксикацию как ситуации, в которых наркоман принял большую дозу наркотика, чем обычно. В таблице 4 приведены симптомы опиоидной интоксикации, как они определены в DSM-IV (Диагностическом и статистическом руководстве 4-го пересмотра) Американской Психиатрической Ассоциации<sup>ii</sup>. Если у пациента

\* Klijn F.A.M., van Rooyen E. Thiaminesubstitutie bij alcoholmisbruikers, adviezen voor een rationeel beleid. Tijdschrift voor psychiatrie (1990) 32, num. 4, pag 225-237.

\*\* Kaplan H.I., Sadock B.J. Psychoactive Substance-Induced Organic Mental Disorder and Psychoactive Substance Use Disorders. In: Synopsis of Psychiatry. Chapter 12, Section 4: Opioid-related disorders. - pag. 297-302.

\*\*\* American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, 1994.

диагностирована опийная интоксикация, врач должен быть особенно внимателен к состоянию пациента. Важно документировать состояние витальных функций и осматривать пациента каждые 1-2 часа для оценки его физического состояния. Если состояние ухудшается и состояние интоксикации переходит в состояние передозировки, необходимо следовать рекомендациям, приведенным в таблице 5.

#### Таблица 4. Диагностические критерии опийной интоксикации (DSM-IV)

- А. Недавнее употребление опиатов.*
- В. Клинически значимые дезадаптивные поведенческие или психологические изменения (e.g. эйфория с последующей апатией, дисфория, психомоторное возбуждение или заторможенность, нарушенная способность к суждениям, нарушенное социальное или профессиональное функционирование), которые развились во время или вскоре после употребления опиатов.*
- С. Сужение зрачков (или расширение зрачков вследствие аноксии при выраженной передозировке) и один (или более) из следующих признаков, развивающихся во время или вскоре после употребления опиатов:*
- (1) сонливость*
  - (2) смазанная речь*
  - (3) нарушения внимания или памяти*
- Д. Симптомы не являются следствием общего медицинского состояния и не объясняются лучше другим психическим расстройством.*

Передозировки опиатов являются угрожающими для жизни состояниями. Передозировку можно диагностировать по точечным зрачкам, следам инъекций на руках, ногах или стопах и другим признакам. Передозировка может характеризоваться отсутствием реакций, гипотермией, гипотензией, брадикардией и соответствовать состояниям шока и комы. Пациент может погибнуть от угнетения дыхания, хотя это и не столь часто происходит. В таблице 5 приведены рекомендации в отношении тактики ведения пациентов с передозировкой опиатов в соответствии с протоколом, применяемом в Джеллинек-центре\*. Пациент может быть приведен в сознание с помощью опиатного антагониста Налоксона. Налоксон может вводиться внутримышечно или подкожно. Помните о том, что вид иглы может вызвать агрессию. Введение налоксона может привести к развитию симптомов отмены.

#### Таблица 5. Терапия опиоидной передозировки\*

- 1. Убедитесь, что дыхательные пути пациента свободны и проверьте состояние витальных функций - артериальное давление, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания и зрачковые реакции.*
- 2. Следует отдать предпочтение внутривенному (если это возможно) введению 0,4 мг Налоксона по сравнению с внутримышечным или подкожным, особенно в случае угнетения дыхания.*
- 3. Вышеуказанная доза Налоксона может вводиться 4-5 раз с интервалом 2-3 минуты на протяжении первых 30-45 минут (у зависимых от опиоидов введение Налоксона может вызвать выраженные симптомы отмены).*
- 4. В процессе терапии пациент должен находиться под постоянным наблюдением. При необходимости пациенту проводится искусственное дыхание.*
- 5. В это же время вызовите скорую помощь.*

\* Bivwalda V.J.A., Geerlings P.G. Methadonprotocol Jellinek. June 1994, pag 1-7.

**Таблица 6. Диагностические критерии синдрома отмены опиатов (DSM-IV)**

*А. Любое из следующего:*

- (1) прекращение (или уменьшение) употребления опиатов, которое было значительным и продолжительным (несколько недель или более).
- (2) введение опиатного антагониста после периода употребления опиатов.

*В. Три или более из следующих симптомов, развившихся в пределах от нескольких минут до нескольких дней после критерия А:*

- (1) дисфорическое настроение
- (2) тошнота и рвота
- (3) мышечные боли
- (4) слезотечение или ринорея
- (5) расширение зрачков, пилоэрекция или потливость
- (6) диарея
- (7) зевота
- (8) лихорадка
- (9) бессонница.

*С. Симптомы в критерии В вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в сферах социального, профессионального функционирования или в других важных сферах деятельности.*

*Д. Симптомы не являются следствием общего медицинского состояния и не объясняются лучше другим психическим расстройством.*

### **III. Кризисные состояния, связанные с употреблением кокаина**

*Кокаин и другие стимуляторы центральной нервной системы вызывают состояние повышенного бодрствования, эйфорию и возрастание двигательной активности. Кокаин и амфетамины в высоких дозах приводят к развитию типичного симптомокомплекса с бруксизмом, формикацией (ощущениями ползания мурашек по телу), раздражительностью, беспокойством, ринореей, эмоциональной нестабильностью и паранойей\*. Обычно пациенты находятся в совершенно ясном сознании с сохранностью всех видов ориентировки. В дальнейшем может развиваться параноидный психоз, что приводит к агрессивному поведению. В состоянии интоксикации кокаином относительно часто наблюдаются гипертермия и припадки типа "grand mal".*

\* Chang G. et al. Emergency Management of Acute Drug Intoxication. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman (Eds.). Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 2<sup>nd</sup> Ed. (Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, 1992), 437-444.

**Таблица 7. Диагностические критерии интоксикации кокаином (DSM-IV)**

*А. Недавнее употребление кокаина.*

*В. Клинически значимые дезадаптивные поведенческие или психологические изменения (е.г. эйфория или аффективное притупление; изменения в социа-бельности; сверхбодрствование; межличностная сензитивность; тревога, напряжение или гнев; стереотипные формы поведения; нарушенная способность к суждениям; или нарушенное социальное или профессиональное функци-онирование), которые развились во время или вскоре после употребления кокаина.*

*С. Два (или более) из следующих признаков, развивающихся во время или вскоре после употребления кокаина:*

- (1) тахикардия или брадикардия*
- (2) расширение зрачков*
- (3) повышенное или пониженное артериальное давление*
- (4) потливость (perspiration) или озноб*
- (5) тошнота и иррвота*
- (6) зрительные и слуховые галлюцинации*
- (7) свидетельства потери веса*
- (8) психомоторное возбуждение или заторможенность*
- (9) мышечная слабость, угнетение дыхания, боли в груди или сердечные арит-мии*
- (10) спутанность, припадки, дискинезии, дистонии или кома*

*Д. Симптомы не являются следствием общего медицинского состояния и не объясняются лучше другим психическим расстройством.*

*Эффект, оказываемый кокаином на центральную нервную систему, имеет такую природу, что возбуждение в дальнейшем приводит к параличу двигательной активности, а гиперрефлексия - к арефлексии. Пациент переходит в состояние комы с нарушением витальных функций, и в конечном счете наступает смерть. Клинически значимым является линейный токсический эффект, который оказывает кокаин на сердечную мышцу. Злоупотребление веществами нередко является причиной острых инфарктов миокарда у пациентов в возрасте до 40 лет без сердечных заболеваний в анамнезе и при отсутствии факторов риска коронароспазма, что имеет важное профилактическое значение\*.*

*Терапия состояния интоксикации кокаином является симптоматической и направлена на устранение отдельных симптомов и синдромов интоксикации, к которым относятся психозы, гипертермия, припадки и тахикардия (см. табл. 8).*

\* Ungar J.R. Current drug of abuse. In: Schwartz GR, Bucker N, Hanke BK, Mangeben MA, Mayer T, Ungar GR, eds. Emergency medicine: essential update. Philadelphia: WB Saunders, 1989: 210-224.

**Таблица 8. Терапия состояний интоксикации и передозировки кокаином**

1. Возбуждение	: бензодиазепины
2. Психозы	: галоперидол / хлорпромазин
3. Гипертермия	: внешнее охлаждение
4. Припадки	: диазепам или дилантин <sup>6/в</sup>
5. Гипертензия и Тахикардия	: один пропранолол, или фентоламин или нитропруссид в комбинации с лабеталолом
6. Ацидификация мочи	: может ускорить экскрецию стимуляторов с мочой

Симптомы отмены, развивающиеся после продолжительного приема стимуляторов в больших дозах, приведены в Таблице 9 в соответствии с DSM-IV (Американская Психиатрическая Ассоциация, 1994).

**Таблица 9. Диагностические критерии состояния отмены кокаина (DSM-IV)**

*A. Прекращение (или уменьшение) употребления кокаина, которое было значительным и продолжительным.*

*B. Дисфорическое настроение и два или более из следующих физиологических изменений, развивающихся в пределах от нескольких часов до нескольких дней после критерия A:*

- (1) повышенная утомляемость
- (2) яркие неприятные сновидения
- (3) инсомния либо гиперсомния
- (4) повышенный аппетит
- (5) психомоторная заторможенность либо возбуждение.

*C. Симптомы в критерии B вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в сферах социального, профессионального функционирования или в других важных сферах деятельности.*

*D. Симптомы не являются следствием общего медицинского состояния и не объясняются лучше другим психическим расстройством.*

#### **IV. Кризисные состояния, связанные с употреблением бензодиазепинов**

Бензодиазепины появились на рынке в 60-х годах. И хотя эта группа медикаментов предназначена для снижения тревоги и оказания седативного эффекта, врачи применяли бензодиазепины с самыми различными целями до 80-х годов, когда было показано, что при длительном приеме бензодиазепинов формируется зависимость. Если пациент внезапно прекращает прием бензодиазепинов, то возникают симптомы, которые можно

\* Chang G. et al. Emergency Management of Acute Drug Intoxication. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman (Eds.). Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 2<sup>nd</sup> Ed: Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, 1992. – P. 437-444.

отнести к трем категориям: “ребаунд”-симптомы, рекуррентные симптомы и симптомы отмены. Американская Психиатрическая Ассоциация такого рода состояние определяет как “синдром прекращения приема”\* (см. табл. 10).

**Таблица 10. Признаки синдрома прекращения приема бензодиазепинов**

Категория признаков/симптомов	Характер признаков/симптомов	Выраженность по сравнению с первичными симптомами	Течение
“Ребаунд”-симптомы	Как первичные	Более выражены	Внезапное развитие и временный характер
Рекуррентные симптомы	Как первичные	Такая же, как и первичных симптомов	Очень медленное развитие и не исчезают со временем
Симптомы отмены	Новые симптомы	Изменчива	Возникают в ближайшем или отдаленном периоде, продолжаются 2-4 недели (иногда дольше)

Выделяется три группы симптомов в зависимости от частоты их развития: (1) очень часто развивающиеся; (2) распространённые, но реже развивающиеся; и (3) редкие (см. таблицу 11). Важно уточнить, отмечались ли такие симптомы ранее в анамнезе пациента, поскольку это позволит избежать многих проблем в процессе терапии бензодиазепинами. В процессе детоксификации эта информация может оказаться полезной для назначения адекватной терапии с целью профилактики осложнений. В своей практике врачи-психиатры и наркологи обычно встречаются с редкими симптомами, развивающимися при прекращении приёма бензодиазепинов. Вышеописанные симптомы можно встретить также у пациентов, которые страдают зависимостью от нескольких веществ. Такие пациенты нередко требуют назначения медикаментов, от которых они зависимы, что может представлять серьёзную проблему для врача и определять необходимость рассмотрения вопроса о проведении детоксификации.

\* A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Benzodiazepine Dependence, Toxicity and Abuse. 1990.

**Таблица 11. Признаки синдрома прекращения приема бензодиазепинов по частоте их развития\***

<b>Очень часто развивающиеся</b>	<b>Распространенные, но реже развивающиеся</b>	<b>Редкие</b>
<i>Тревога</i>	<i>Тошнота</i>	<i>Психозы</i>
<i>Бессонница</i>	<i>Насморк</i>	<i>Припадки</i>
<i>Беспокойство</i>	<i>Потливость</i>	<i>Постоянный шум в ушах</i>
<i>Ажитация</i>	<i>Летаргия</i>	<i>Спутанность</i>
<i>Раздражительность</i>	<i>Гиперакузия</i>	<i>Параноидные идеи</i>
<i>Мышечное напряжение</i>	<i>Острые и ноющие боли</i>	<i>Галлюцинации</i>
	<i>Расплывчатое зрительное восприятие</i>	
	<i>Депрессия</i>	
	<i>Ночные кошмары</i>	
	<i>Гиперрефлексия</i>	
	<i>Атаксия</i>	

*Врачи подразделений, где оказывается скорая помощь, нередко встречаются с пациентами, которые совершили суицидальные попытки путем приема больших доз бензодиазепинов. В таблице 12 приведены рекомендации по тактике ведения такого рода пациентов.*

**Таблица 12. Тактика терапии при передозировке бензодиазепинов**

<i>А. Медицинский анамнез</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Количество принятого вещества.</i></li> <li><i>2. Уточните анамнез у членов семьи или друзей.</i></li> <li><i>3. Психиатрический анамнез.</i></li> <li><i>4. Количество предшествующих суицидальных попыток.</i></li> </ol>
<i>Б. Исследование физического состояния</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Оценка сознания по шкале Глазго для оценки коматозных состояний.</i></li> <li><i>2. Витальные функции: кровяное давление, ЧСС, ЧДД и температура.</i></li> </ol>
<i>В. Дополнительные лабораторные исследования</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Газы крови, общий анализ крови, токсикологическое лабораторное исследование.</i></li> <li><i>2. Рентгенологическое исследование после промывание желудка.</i></li> </ol>
<i>Г. Лечение</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Промывание желудка в пределах 4-6 часов после приема медикаментов.</i></li> </ol>

\* A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Benzodiazepine Dependence, Toxicity and Abuse. 1990.

2. 50 мг Norit и 30 мг  $\text{Na}_2\text{SO}_4$
3. Наблюдение в отделении/напате интенсивной терапии, контроль витальных функций может быть прекращен после 24 часов стабильного состояния пациента.

Д. Дальнейшая терапия.

1. Консультация психиатра для уточнения тактики последующей терапии.

## V. Влияние коморбидности

Часто обнаруживается, что случай оказывается более сложным, чем просто зависимость от одного определенного вещества. Если пациент зависим более, чем от одного вещества, то такие состояния определяются как множественная зависимость или полинаркотоксикомания. Если у пациента одновременно выявляется психиатрическое расстройство, то это определяется как психиатрическая коморбидность.

### Таблица 13. Возможные осложняющие факторы при острой интоксикации веществами\*

1. Полинаркотоксикомания: алкоголь, бензодиазепины, каннабис, кокаин, героин.
2. Психиатрическая коморбидность: шизофрения, депрессия, суицидальность.
3. Основные инфекционные заболевания, связанные с образом жизни: гепатиты А, В и С; СПИД; другие инфекционные заболевания (туберкулез и пр.).

Часто у пациентов развиваются инфекционные заболевания в результате того, что один игольник или одну иглу используют несколько человек, среди которых могут быть инфицированные. Гигиенические обстоятельства нередко определяют развитие таких инфекционных заболеваний, как туберкулез, гепатиты А, В или С, ВИЧ-инфекция и другие. С учетом такой коморбидности лечение представляется более сложным. Эти проблемы обсуждаются подробно в главе 7 данного пособия.

Основные проявления острой интоксикации различными психоактивными веществами и тактика оказания помощи представлены в таблице 14.

\* Chang G. et al. Emergency Management of Acute Drug Intoxication. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman (Eds.). Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, 2nd Ed.: Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, 1992. – P. 437-444.



**Таблица 14. Сводная таблица оказания экстренной помощи при острой интоксикации психоактивными веществами**

Вещество	Признаки и симптомы острой интоксикации	Тактика оказания экстренной помощи
Алкоголь	Лёгкая и умеренная интоксикация: Нарушенное внимание, плохая двигательная координация, дисметрия, атаксия, нистагм, смазанная речь, увеличенное время реакции, покраснение лица, ортостатическая гипотензия, кровавая рвота, ступор.	Избегать аспирации путём расположения пациента лицом вниз или на бок. Госпитализация обычно не требуется.
	Патологическая интоксикация: Возбуждение, драчливость, психотическое состояние вслед за приёмом минимальной дозы алкоголя индивидуумом с повышенной чувствительностью.	Парентеральное введение седативных средств или меры физического стеснения.
	Интоксикация, сочетающаяся с агрессивностью	Седативные в низких дозах (лоразепам, 1-2 мг р. о.) или галоперидол в каплях (начальная доза - 5 мг внутрь).
	Неосложнённое состояние отмены: Грубый тремор рук, языка, век; и по меньшей мере один признак из следующих: тошнота или рвота; недомогание или слабость; вегетативная гиперактивность; тревога; сниженное настроение или раздражительность; транзиторные галлюцинации или иллюзии; головная боль; бессонница. Начало состояния: через 6-8 часов после значительного снижения концентрации алкоголя в крови.	Меры физического стеснения или дальнейшая седация с помощью галоперидола 5мг в/м. Парентеральное введение тиамина 100 мг; амбулаторным пациентам - бензодиазепины с постепенной коррекцией дозы, тиамин 50 мг внутрь, фолат (препараты фолиевой к-ты) 1 мг внутрь в течение недели при неосложнённых состояниях отмены.
Осложнения состояния отмены: Судорожные припадки	Диазепам 5-10 мг или лоразепам 1-2 мг в/в медленно.	
	Галлюциноз	Диагностическая оценка и стационарное лечение.
	Делирий	Немедленная госпитализация.
Кокаин и другие стимуляторы ЦНС	Повышенный уровень бодрствования, приподнятое настроение, повышенная психомоторная активность. При более высоких уровнях стимуляции могут наблюдаться специфические стереотипные формы поведения, бруксизм, ощущения ползания мурашек по телу, раздражительность, беспокойство, эмоциональная лабильность; может наблюдаться паранойальная симптоматика. Угнетение ЦНС наступает вслед за возбуждением.	Приоритетом является оказание поддержки пациенту. Ажитация: бензодиазепины Психоз: галоперидол или хлорпромазин Гипертермия: внешнее охлаждение Припадки: диазепам или дилантин в/в Гипертензия и тахикардия: тактика терапии является предметом дискуссии; возможно назначение пропранолола в изолированном виде, либо фенитоламина, либо нитропруссиды в комбинации с лабеталолом. Повышение кислотности мочи: может ускорить экскрецию стимуляторов.
Галлюциногены	LSD: симпатомиметические эффекты в пределах 1 часа после приёма. Эффекты на высоте интоксикации: зрительные галлюцинации и необычное	Успокоение, поддержка и наблюдение.

восприятие наступают через 2-3 часа после приёма.

*РСР:* Зависимые от дозы эффекты варьируют от мышечной дискоординации и нистагма до судорожных припадков, гипертензионных кризов, угнетения дыхания, комы и смерти.

*Марихуана:* Побочные реакции, включая панику, делирий, психозы, "вспышки прошлого".

Тактика терапии является предметом дискуссии: Постоянное наблюдение в спокойной обстановке, мощные нейролептики в случае развития психоза. Промывание желудка с последующей дачей активированного угля у сотрудничающих пациентов.

Успокоение, поддержка и наблюдение.

**Опиоиды**

Пациенты редко обращаются за помощью по поводу интоксикации.

*Передозировка:* Угнетение дыхания и ЦНС, снижение перистальтики с непроходимостью кишечника, некардиогенный отёк лёгкого.

*Состояние отмены:* слезотечение, ринорея, потливость, зевота, чихание, недомогание, раздражительность, тошнота, рвота, диарея, миалгия, артралгия.

*Угнетение дыхания:* Поддержка вентиляции лёгких.

*Угнетение кардиореспираторной функции:* Налоксона гидрохлорид 0,4 мг или 0,01 мг/кг в/в. Повторить дозу р.г.п. Капельное введение Налоксона 0,4 мг/час в течение последующих 12 часов после болюсного введения Налоксона.

*Отёк лёгкого:* интубация, вентиляция лёгких с положительным давлением, интенсивная терапия.

*Промывание желудка или индуцированная рвота с последующей дачей активированного угля в случае передозировки вследствие приёма внутрь.*

*Направление пациента на лечение в специализированное (по зависимостям) учреждение.*

**Седативные-снотворные**

Острая интоксикация аналогична алкогольной. Парадоксальные реакции (гипервозбуждённость вследствие рассторможенности) исчезают в течение нескольких часов.

*Случайная/преднамеренная передозировка:* Прогрессирующее угнетение ЦНС, сердечная и дыхательная недостаточность.

*Состояние отмены:* Тревога; беспокойство; тошнота, рвота; слабость; абдоминальные спазмы, приводящие к тахикардии и гиперрефлексии. Припадки типа 'grand mal' и делирий, 24 часа после последнего приёма барбитуратов с коротким или средним периодом действия, состояние достигает своего пика в пределах последующих 48 часов.

Меры общего ухода, успокоение и поддержка.

*Промывание желудка, если не прошло более 4-6 часов после приёма медикаментов внутрь, и эндотрахеальная интубация. Поддерживающая терапия, направленная на предупреждение падения функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем.*

*Поддержка и стабилизация острых проявления с детоксификацией, проводимой в условиях стационара.*

## ГЛАВА 7

### Лечение

#### Введение

*Лечение у Ваших пациентов проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, является наилучшим методом улучшения их общего состояния здоровья и предупреждения серьёзных медицинских осложнений в будущем. Врачи сталкиваются с пациентами с лёгкой, умеренной и выраженной зависимостью, а также с множеством разнообразных жизненных проблем, связанных со злоупотреблением веществами. В идеале доступные методы и формы терапии должны отражать это разнообразие таким образом, чтобы пациенту можно было бы подобрать наиболее адекватную терапию.*

*Непрерывность терапевтического процесса является необходимым условием наиболее эффективного подхода к лечению; другими словами, необходимыми являются программы, варьирующие от низкой до высокой интенсивности, а также предлагающие помощь, нацеленную на биологические, поведенческие, эмоциональные, психические и межличностные аспекты. К примеру, пациент может переходить от детоксификации к программе стационарного лечения, затем - к амбулаторному консультированию, а в заключение - к мониторингу катамнеза своим врачом. Если у пациента разовьётся тревога или возникнут проблемы в семье, (всё это повышает риск рецидива), то его можно обучать навыкам, помогающим справиться с тревогой, стрессом, а также способствующим преодолению проблем в общении. Поскольку нельзя ожидать от врача общей практики, чтобы он мог удовлетворить все терапевтические потребности пациента, лучше иметь специалистов, которые обучены работать с различными проблемными сферами пациентов.*

*Возможность у врача выбрать для пациента адекватную терапию ограничивается или поддерживается программами и ресурсами, доступными в данном обществе. Поскольку известно, что лечение в Беларуси преимущественно ориентировано на индивидуумов с выраженными по тяжести проблемами, в этой главе основное внимание уделено наиболее эффективным в таких случаях терапевтическим подходам с точки зрения Всемирной Организации Здравоохранения. В данной главе также представлены врачебные методы лечения, рекомендации по выбору адекватной терапии для пациентов, а также возможные формы и методы терапии в отношении коморбидных случаев.*

## **I. Непрерывность терапевтического процесса**

### **A. Выбор терапии**

*Ни один подход не может быть эффективен для всех людей, злоупотребляющих психоактивными веществами. Выбор терапии может осуществляться в зависимости от продолжительности лечения (кратковременное либо интенсивное), места проведения терапии (стационарное либо амбулаторное), а также в зависимости от цели терапии (умеренное употребление либо полное воздержание). Возможность достижения умеренности в употреблении вещества как цели терапии зависит от: (1) фармакологических свойств психоактивного вещества; (2) выраженности зависимости; (3) легальности вещества. В данном пособии достижение умеренности в качестве цели терапии обсуждается только в отношении употребления алкоголя.*

#### *Продолжительность и интенсивность терапии*

*Обычно считается, что чем интенсивней терапия, тем лучше. Однако, в действительности это неверно. К примеру, какой-либо индивидуум с малой выраженностью зависимости и недавно возникшими проблемами в одной или двух сферах жизни плохо подходит к интенсивным программам терапии. Было показано, что хороший эффект может быть достигнут при применении менее интенсивной, кратковременной терапии (амбулаторные программы либо консультирование вместо программ продолжительного стационарного лечения).*

#### *Место проведения терапии*

*К стационарному лечению относятся все формы терапии, когда пациент госпитализируется и проживает по месту лечения. Стационарное лечение наиболее подходит для людей с соматическими или психиатрическими заболеваниями, а также для тех, у кого отсутствует социальная поддержка. В таких случаях пациент скорее всего нуждается в отделении от того окружения, в котором развивались имеющиеся осложнения злоупотребления веществами. В стационарных программах пациенты получают возможность сосредоточиться на своих проблемах, испытывая при этом минимальный стресс. Недостатком является то, что после возвращения домой пациенты снова оказываются под влиянием повседневных стрессов и стимулов внешнего окружения (ассоциирующиеся с употреблением психоактивных веществ места, виды, люди и звуки), к чему они могут оказаться неподготовленными. Результатом часто является рецидив.*

*В амбулаторных программах пациенты продолжают проживать дома и только какую-то часть времени проводят в процессе терапии. Это позволяет им оставаться в контакте со своим окружением, пытаться при этом изменить свой характер употребления вызывающих зависимость веществ, что даёт им шанс научиться справляться со стрессом и иначе реагировать на те стимулы, которые связаны с употреблением алкоголя или наркотиков. Недостатком является то, что в случае ограниченных возможностей социальной поддержки имеется высокая вероятность рецидива. Наиболее подходящими пациентами для амбулаторного лечения являются те, которые социально стабильны и у которых имеет место лёгкая или умеренная выраженность зависимости или злоупотребления.*

#### *Цель: умеренность или полное воздержание от употребления*

*Некоторые люди, выраженность зависимости которых может быть расценена как лёгкая или умеренная, могут вернуться к контролируемому и безвредному уровню употребления алкоголя на продолжительный период времени. С возрастанием выражен-*

ности зависимости и/или проблем контролируемое употребление алкоголя становится всё менее реальной перспективой. Основным преимуществом использования умеренного употребления как цели терапии является то, что злоупотребляющие алкоголем с относительно невыраженными проблемами в большей степени склонны к изменению характера своего употребления алкоголя, если они могут избрать в качестве цели достижение умеренного употребления спиртных напитков. Если полное воздержание от употребления алкоголя предлагается как единственно возможная цель терапии, то люди склонны отрицать наличие проблемы.

### **Б. Детоксификация**

Детоксификация является процессом, с помощью которого пациент под наблюдением восстанавливается после интоксикации алкоголем или другими веществами для минимизации выраженности симптомов отмены. Пациент нуждается в образовании в отношении процесса отмены, его течения и симптомов, а также в отношении того, как лучше справиться с этим состоянием. Симптомы включают тахикардию, учащённую частоту дыхания, артериальную гипертензию, тошноту и рвоту, тремор, потливость, тревогу и возбуждение, гипертермию, а в выраженных случаях могут иметь место дезориентировка, галлюцинации (тактильные, слуховые и зрительные) и судороги.

Для многих злоупотребляющих психоактивными веществами симптомы отмены не представляют угрозы для жизни. Для тех, однако, у кого развивается состояние делирия (*delirium tremens*) и судорожные припадки, состояние отмены может быть опасным. Особую предосторожность следует соблюдать в отношении состояний отмены, вызванных приёмом барбитуратов и бензодиазепинов. Информация о том, как лучше действовать в таких случаях, содержится в главе 6 “Оказание помощи в кризисных состояниях”.

#### *Немедикаментозная детоксификация*

Немедикаментозная детоксификация может быть применима в отношении пациентов с лёгкой или умеренной выраженностью состояния отмены без сопутствующей осложняющей медицинской патологии. Было показано, что поддерживающее консультирование в безопасной спокойной обстановке может предупредить развитие состояния отмены или уменьшить выраженность его проявлений. Преимуществами немедикаментозной детоксификации являются эффективность с точки зрения затрат и результата, а также устранение риска развития зависимости от бензодиазепинов и побочных эффектов, связанных с применением назначенных медикаментов.

#### *Медикаментозная детоксификация*

Медикаментозная детоксификация показана в случае выраженных состояний отмены. Наиболее часто используемыми медикаментами являются диазепам и хлордиазепоксид из группы бензодиазепинов. Дозы препаратов подбираются в зависимости от тяжести состояния отмены.

### **В. Фармакологические подходы**

Фармакологические подходы к терапии зависимостей рассматриваются скорее как вспомогательные, а не основные формы терапии. Рекомендуется всегда сочетать фармакологические методы лечения с когнитивной и бихевиоральной терапией.

*Сенсибилизирующие к алкоголю средства (Дисульфирам)*

Сенсибилизирующие к алкоголю средства вызывают неприятные физиологические реакции при употреблении напитков, содержащих алкоголь. Симптомы включают покраснение лица, головокружение, тошноту и рвоту, затруднение дыхания, головную боль, гипертензию. Выраженность реакции зависит от количества принятого алкоголя и дисульфирама. Приём алкоголя на фоне сенсибилизирующей терапии дисульфирамом может привести к смерти.

*Налтрексон*

Налтрексон является опиоидным антагонистом, применяемым для блокирования эффектов веществ, действующих на опиоидные рецепторы.

*Метадон*

Метадон является агонистом опиоидных рецепторов. Метадон назначается в качестве заместительной терапии при опиоидной зависимости для стабилизации зависимого индивидуума в период попыток изменения своего образа жизни и межличностных отношений. В некоторых случаях заместительная терапия метадоном может проводиться длительное время; в ряде случаев проводится постепенное снижение дозы с последующим полным прекращением приёма опиатов.

*Психотропные средства - антидепрессанты и бензодиазепины*

Психотропные средства могут применяться при детоксификации в случаях выраженной зависимости от алкоголя, бензодиазепинов или барбитуратов. Они также применимы в лечении пациентов с коморбидными состояниями (двойными диагнозами), как, к примеру, в случае сочетания проблем, связанных с зависимостью, и какого-либо психиатрического расстройства. Психотропные средства могут быть использованы для лечения психопатологических расстройств, а не собственно алкогольной или наркотической зависимости. Антидепрессанты или транквилизаторы следует назначать не ранее, чем через три недели воздержания от употребления вызывающих зависимость веществ после завершения детоксификации. Такие симптомы, как депрессия или тревога, часто исчезают после прекращения приёма или снижения дозы вещества, вызывающего зависимость. Если же психопатологические симптомы продолжают сохраняться, то может понадобиться терапия психотропными средствами. Следует с осторожностью назначать медикаменты, способные вызывать зависимость, тем пациентам, которые уже зависимы от какого-либо иного вещества. В некоторых случаях психопатологических нарушений могут быть применимы методы когнитивно-бихевиоральной терапии, ряд из которых описан ниже.

*Е Антидепрессанты*

Депрессия может быть результатом негативных воздействий, оказываемых злоупотреблением веществом, на жизнь пациента. Разграничение причин и последствий может оказаться более ясным после периода полного воздержания от употребления любых психоактивных веществ. Однако в случаях тяжёлой депрессии с высоким риском суицидальных действий может понадобиться безотлагательное назначение соответствующего лечения. При назначении антидепрессантов следует тщательно контролировать состояние пациента и приём назначенных медикаментов. Если депрессия прошла, следует оценить необходимость дальнейшего приёма антидепрессантов.

### **Е Бензодиазепины**

Бензодиазепины могут играть важную роль в процессе детоксификации, однако их следует как можно реже использовать в качестве поддерживающей терапии. Вследствие высокого аддиктивного потенциала они противопоказаны людям, злоупотребляющим психоактивными веществами или зависимым от них. После детоксификации пациенты нередко испытывают состояние тревоги, которое обычно через некоторое время проходит. Если становится необходимой терапия тревожного состояния, то можно применять два подхода, в отношении которых продемонстрирована эффективность: (1) когнитивно-бихевиоральную терапию (см. приложение Н для описания нефармакологического лечения распространённых проблем) и/или (2) бустирон - медикамент с явно низким аддиктивным потенциалом.

### **Г. Когнитивно-бихевиоральные методы терапии зависимостей**

Когнитивно-бихевиоральная терапия базируется на том мнении, что употребление веществ является преимущественно приобретенным в процессе научения поведением, которое выполняет определённую функцию. Когнитивные стратегии направлены на понимание того, как определённые мысли, взгляды и представления человека влияют на его чувства и поведение. Используемые в рамках когнитивной терапии стратегии включают обучение распознаванию и обозначению дезадаптивных мыслей и убеждений, а также противопоставлению им более реалистичных утверждений. Бихевиоральная терапия основное внимание сосредоточивает на том, как поведение человека влияет на его мысли и чувства. Используемые стратегии направлены на вычленение определённых видов поведения с их последующим изменением и научение новым навыкам. К примеру, индивидуум может быть обучен ассертивно общаться или эффективно разрешать проблемы. Конечной целью когнитивно-бихевиоральной терапии является замещение злоупотребления алкоголем или другими веществами более здоровыми формами адаптивного поведения. В процессе терапии пациент является активным участником, и от него ожидается определённая деятельность по отработке новых навыков и форм адаптивного поведения. В настоящее время когнитивно-бихевиоральная терапия рассматривается как один из наиболее эффективных методов терапии расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Ниже описаны несколько подходов, которые могут быть использованы в работе с такого рода пациентами.

#### **Супружеская / семейная терапия**

Люди, злоупотребляющие психоактивными веществами, часто испытывают проблемы в своей супружеской и семейной жизни; их пьянство или употребление наркотиков может служить средством адаптации к семейным трудностям, но в то же время может вызывать дальнейшее ухудшение семейных отношений. Есть данные, свидетельствующие о том, что хорошие взаимоотношения в семье повышают вероятность положительных изменений в характере употребления вещества индивидуумом. В семейной терапии супруг (а) или другие члены семьи вовлекаются в процесс консультирования для улучшения общения и навыков решения проблем внутри семьи.

#### **Тренинг навыков**

Относится к обучению в области поведенческих навыков для того, чтобы лучше справляться с ситуациями, связанными с употреблением алкоголя или других психоактивных веществ.

- *Навыки разрешения проблем.* Нацелены на улучшение способностей пациента анализировать и разрешать проблемы, возникающие в повседневной жизни.
- *Релаксация/Менеджмент стресса.* Нацелены на улучшение способностей пациента тренинг мышечной релаксации и справляться со стрессом. Это может включать практическим для изменения убеждений, мыслей и представлений, связанных с тревогой.
- *Менеджмент гнева.* Нацелен на обучение тому, как управлять гневом и выражать гнев без помощи алкоголя или других психоактивных веществ.
- *Ассертивность.* Нацелена на обучение пациента выражать свои чувства, мысли и желания в открытой и чуткой форме.
- *Поведенческий самоконтроль (тренинг самоуправления).* Виды деятельности, направленные на обучение навыкам, необходимым для изменения характера употребления алкоголя или других веществ. Примеры включают регистрацию пациентом употребления им вещества, определение факторов, предшествующих употреблению, определение позитивных и негативных последствий употребления, определение альтернатив употреблению.

### Профилактика рецидивов

Профилактика рецидивов нацелена на обучение индивидуумов тому, как справляться с ситуациями, связанными с высоким риском рецидива, а также на повышение уровня их уверенности в себе с целью улучшения их способности справляться с такими ситуациями. Факторы риска включают ситуации межличностного взаимодействия (конфликт, гнев по отношению к другому и т.п.) и личностные состояния (влечение к веществу, негативное мышление и др.), которые вызывали употребление алкоголя или других веществ у пациента до лечения. У некоторых пациентов имеет место множество факторов риска рецидива, и невозможно в процессе терапии заняться каждым из них. В таких случаях требуется применение более широких подходов, как, к примеру, обучение навыкам, которые могут быть потенциально применимы в любой проблемной ситуации.

В процессе попыток пациента изменить свой характер употребления вещества имеется высокий риск рецидива. Если возникает рецидив, то это в то же время является хорошей возможностью для пациента на основании своего собственного недавнего опыта ещё раз проанализировать следующие моменты: что привело к рецидиву? Как можно было вести себя по-другому, чтобы избежать употребления алкоголя или другого вещества в аналогичной ситуации в будущем?

### Д. Самопомощь

Группы самопомощи создаются и поддерживаются людьми, которые в своей жизни испытывали или испытывают такие же проблемы. Они регулярно встречаются с целью предоставления друг другу поддержки и ободрения. Хорошо известные примеры пришли из США и включают группы "А.А." (Алкоголиков Анонимных), "Н.А." (Наркоманов Анонимных), "Аланон" (для супругов), "Алатин" (для под-ростков) и группы "Рациональное Выздоровление". Более полное описание содержания и философии вышеперечисленных программ содержится в приложении I.

## II. Методы врачебного лечения

Есть несколько методов лечения, которые могут применять врачи:



**А. Кратковременные вмешательства**

Кратковременные вмешательства представляют собой беседы с пациентами, в которых им предоставляется информация об их употреблении психоактивных веществ с намерением помочь им измениться (прекратить употребление или уменьшить его). Исследования этого метода показали, что, когда врачи дают советы и предоставляют информацию, пациенты совершают положительные изменения в характере употребления алкоголя или в поведении, связанном с употреблением других наркотических веществ. Кратковременное вмешательство может осуществляться даже в самых оживлённых кабинетах поликлиник и больницы. Кратковременное вмешательство состоит из следующих шагов:

1. Укажите на негативные последствия пьянства пациента или употребления наркотиков в неосуждающей, поддерживающей манере. Это касается физического и эмоционального здоровья пациента, а также его жизни дома и состояния дел на работе.
2. Выразите озабоченность по поводу того, что при таком положении дел у пациента могут развиться серьёзные проблемы с алкоголем или другими аддитивными веществами. Если возможно, свяжите свою озабоченность с какой-либо сферой жизни, значимой для пациента. К примеру: "Я озабочен тем, что в результате злоупотребления наркотическим веществом Вы можете потерять свою работу". Другими сферами озабоченности могут быть нарушения питания, избыточный вес, заболевания печени, головные боли, проблемы со сном и сексуальные нарушения (утрата влечения, импотенция).
3. Дайте определённые рекомендации по уменьшению или прекращению употребления алкоголя. Посоветуйте пациенту употреблять спиртные напитки в безопасных пределах (2-3 дня в неделю полностью свободных от алкоголя; 2-3 стандартных дозы за один период употребления для женщины и 3-4 стандартных дозы за один случай употребления для мужчин).
4. Предоставьте образовательные материалы, если таковые имеются.
5. Попросите пациента показаться по прошествии 2-8 недель для оценки состояния; оставьте возможность для будущих рекомендаций. Если окажется, что употребление вещества пациентом больше не создаёт проблем, то дальнейшее лечение не требуется. Если последующая встреча указывает на сохраняющееся проблемное употребление, может быть рекомендовано дополнительное лечение.

**Б. Лечение**

1. Лечите медицинские осложнения.
2. Лечите передозировки.
3. Лечите психиатрические осложнения.
4. Избегайте назначения медикаментов, изменяющих эмоциональное состояние.

**В. Направление на специализированное лечение**

Сохраняя постоянный контакт с пациентом, направьте его к профессионалу, который обладает опытом и знаниями в области лечения зависимостей.

**Г. Назначение последующих визитов**

· Мониторинг:

- \* Осуществляйте мониторинг употребления вещества.
- \* Осуществляйте мониторинг успехов пациента в достижении терапевтической цели. В случае отсутствия успеха можно пересмотреть цель терапии или предоставить пациенту дополнительную помощь в тех сферах жизни, которые вызывают стресс.

\* Осуществляйте мониторинг ситуации в семье.

- Мониторинг фармакологического лечения, когда это применимо.

### III. Факторы выбора терапии

#### A. Факторы, которые необходимо учитывать

В определении наиболее подходящих в каждом конкретном случае форм и методов терапии следует учитывать множество факторов. Некоторые из них приведены ниже.

- **Уровень тяжести зависимости**

Обнаруживает ли пациент низкий, средний или высокий уровни тяжести зависимости? Это можно определить с учётом частоты и количества употребляемого алкоголя или других веществ; испытывал ли пациент в прошлом симптомы состояния отмены и какова была их выраженность и продолжительность; имеет ли место употребление нескольких веществ; были ли у пациента в анамнезе попытки прекратить употребление.

- **Физическое здоровье**

Имеют ли место медицинские проблемы, требующие мониторинга, как, к примеру, кардиальные нарушения, травмы головы, инсулинзависимый диабет, желудочно-кишечные кровотечения или тяжёлые состояния отмены в анамнезе?

- **Психологическое здоровье**

Обнаруживает ли пациент состояние депрессии, тревоги или суицидальные тенденции? Есть ли признаки психоза или когнитивных нарушений? Обладает ли пациент хорошими навыками решения проблем? Испытывает ли он чувство уверенности в себе в отношении возможности изменений?

- **Социальная поддержка**

Есть ли у пациента семья, друзья, сотрудники? Кто из них может оказать пациенту поддержку на пути изменений в характере употребления веществ, а кто нет? Есть ли у пациента жильё и/или финансовые ресурсы?

#### B. Уровни риска

##### 1. Низкий риск\*

Низкий риск имеет место у пациентов, употребляющих вещества без возникновения каких-либо проблем. Что касается алкоголя, то употребление спиртных напитков в таких случаях находится в пределах рекомендуемых норм.

##### 2. Умеренный риск

Умеренный риск имеет место у пациентов, у которых употребление вещества создаёт проблемы в одной сфере жизни и деятельности или более. Могут наблюдаться отдельные признаки формирующейся зависимости (возрастание значимости алкоголя или других веществ для индивидуума, повышение толерантности и т.п.).

##### 3. Высокий риск

Высокий риск имеет место у пациентов, испытывающих множество проблем вследствие употребления или вызывающих зависимость веществ.

---

\* Следует помнить, что любой пациент с тяжёлой зависимостью в какой-то период своей жизни соответствовал приведенному описанию низкого риска. В данном случае понятие риска используется преимущественно для определения адекватных форм терапии и по содержанию не совпадает с понятием риска развития зависимости, описанного в главе 3 "Биопсихосоциальный подход". (Прим. ред.).

*В таблице 4 в обобщённом виде представлены признаки различных степеней риска и соответствующие им формы терапии.*

#### **IV. Двойные расстройства (коморбидность)**

*Лечение пациентов с двойными расстройствами представляет собой трудную задачу для врача. Термин “двойное расстройство” относится к случаям, когда одновременно имеет место злоупотребление веществом или зависимость от него и какое-либо психиатрическое расстройство, как, к примеру, депрессия, шизофрения или тревожное расстройство. Встречается одновременное наличие трёх и более состояний, каждое из которых требует своего собственного подхода к лечению. Пациенты с двойными расстройствами бывают очень разными, что определяется, в частности, следующими факторами:*

- \* тяжестью злоупотребления веществом или зависимости*
- \* степенью психиатрических нарушений*
- \* числом и характером психосоциальных проблем*
- \* доступностью социальной поддержки*
- \* уровнем мотивации*
- \* ресурсами личности*

*У некоторых пациентов употребление алкоголя или других веществ является первичной проблемой, а психиатрические симптомы являются вторичными. Если, однако, такие симптомы, как выраженное депрессивное настроение или тревога, сохраняются длительное время и при этом не диагностируются и не становятся объектом терапии, то высоко вероятным является рецидив употребления вещества. Таким же образом в случаях, когда основным заболеванием является психиатрическое расстройство, злоупотребление веществами будет продолжать создавать множество проблем, если не станет само по себе объектом терапевтических вмешательств. Имеется также группа пациентов с двойными диагнозами, когда невозможно установить, что же является первичным вследствие очень непростого процесса развития имеющихся расстройств. Во всех таких случаях в процессе терапии необходимо учитывать и состояние психического здоровья пациента, и характер употребления алкоголя или других психоактивных веществ. При этом важно обеспечить непрерывность терапевтического процесса.*

#### **A. Взаимоотношения между злоупотреблением веществами / зависимостью и психиатрическими расстройствами**

*Между психиатрическими расстройствами и злоупотреблением веществами или зависимостью от них имеется множество возможных путей взаимовлияний, что затрудняет определение того расстройства, которое является первичным. Исследования продемонстрировали следующие взаимосвязи:*

- 1. Злоупотребление веществами / зависимость повышают риск развития психиатрического расстройства.*
- 2. Психиатрические расстройства повышают риск развития злоупотребления веществами или зависимости от них. Алкоголь и наркотические вещества могут применяться людьми в качестве средств, облегчающих психиатрические симптомы.*
- 3. Психиатрические симптомы могут влиять на эффективность терапии злоупотребления / зависимости. К примеру, пациенты с двойными диагнозами раньше выбывают из процесса лечения и имеют более высокий риск рецидива по сравнению с пациентами без психиатрических симптомов.*
- 4. Психиатрические симптомы могут быть непосредственно вызваны злоупотреб-*

лением веществами или состоянием отмены. Употребление алкоголя и других психоактивных веществ может приводить к нарушениям настроения и когнитивных функций. Хроническое употребление веществ или состояния отмены могут привести к депрессии, мании, тревоге, панике, паранойе, бреду и галлюцинациям. К примеру, психозы с симптомами, похожими на встречающиеся при шизофрении, могут развиваться у людей, употребляющих фенциклдин (PCP), галлюциногены или стимуляторы. У страдающих алкоголизмом и употребляющих кокаин в состояниях отмены может развиваться депрессия и появляться суицидальные тенденции. У злоупотребляющих транквилизаторами при попытках снизить дозу или прекратить употребление могут развиваться состояния тревоги и возбуждения. Вышеприведенные примеры обычно относятся к тяжёлым формам злоупотребления и зависимости, но даже малые дозы психоактивных веществ могут вызвать нежелательные изменения в состоянии психически больных пациентов.

5. Симптомы психиатрических расстройств могут являться результатом опосредованного влияния злоупотребления / зависимости. Злоупотребляющие веществами могут испытывать множество проблем в результате своего употребления психоактивных веществ, что в итоге приводит к развитию депрессии. Кроме того, зависимость может приводить к таким проявлениям антисоциального поведения, как торговля наркотиками, воровство с целью обеспечения своей потребности в веществе, а также агрессивному поведению по отношению к окружающим.
6. Со временем симптомы обоих расстройств оказываются настолько взаимосвязанными, что становится невозможным установить, какое из них является первичным, а какое - вторичным.
7. Двойные расстройства могут развиваться независимо друг от друга в разные периоды времени. К примеру, у зависимого от наркотического вещества индивидуума, который в течение года не употреблял наркотики, может развиваться состояние тяжёлой депрессии; или страдающий шизофренией, либо паническим расстройством может начать злоупотреблять веществами в период ремиссии основного заболевания.

### Б. Лечение

#### · Оценка

Необходимо провести тщательную оценку истории развития злоупотребления веществом наряду с уточнением медицинского анамнеза, полученного образования, профессионального развития, правового статуса, а также оценить психологическое, семейное, профессиональное функционирование и характер видов деятельности во время отдыха. Хорошими источниками информации могут быть члены семьи пациента. Для того, чтобы можно было диагностировать наличие психиатрического расстройства, необходимо по меньшей мере три недели полного воздержания от употребления вещества.

#### · Кто предоставляет помощь?

Необходимо осознавать свои пределы в профессиональной деятельности и не пытаться оказывать помощь в тех случаях, для которых у вас нет необходимых знаний и навыков. Направьте на лечение или консультацию к психиатру и/или наркологу в случаях двойного диагноза. Это может помочь в оценке состояния пациента, планировании терапии, а также в определении необходимости направления пациента на лечение в специализированные учреждения. Есть данные, свидетельствующие о том, что лечение оказывается более эффективным, если проводится одной бригадой профессионалов в одном месте. Наилучшим подходом является сотрудничество специалистов в области психиатрических расстройств и зависимостей, в процессе которого они обмениваются необходимой информацией для предупреждения ненуж-

ного перебрасывания пациента от одного специалиста к другому в имеющейся системе оказания помощи.

· *Непрерывность помощи*

Для каждого пациента необходима индивидуальная терапия, проводимая с учётом биопсихосоциальных особенностей случая. Стратегии терапии зависят от имеющихся психиатрических расстройств и жизненных проблем пациента. Для эффективной терапии необходимы различные ресурсы в форме разнообразных программ оказания помощи: детоксификация, поддерживающее консультирование, программы амбулаторной помощи, программы стационарной помощи, а также психиатрические больницы. Возможными формами помощи могут быть когнитивно-бихевиоральная терапия, фармакотерапия, вовлечённость в группы самопомощи или различные комбинации из этих подходов.



## ГЛАВА 8

## Профилактика

## Введение

*Профилактика злоупотребления психоактивными веществами повсеместно признаётся как чрезвычайно важная задача. Основной целью является предупреждение или уменьшение злоупотребления и его негативных последствий как для индивидуума, так и для общества. Очевидно, что лучше применять раннее вмешательство, пока употребление вызывающих зависимость веществ не привело к серьёзным нарушениям эмоционального или физического здоровья человека и его социальной ситуации, а также пока выраженность зависимости не станет столь высокой, что успешное лечение будет затруднительным. Предупреждение хронического заболевания означает, что в последующие годы не понадобится продолжительное дорогостоящее лечение. Если страны теоретически и практически включают профилактику в свою политику в области здравоохранения, то это может привести к улучшению состояния здоровья всего населения и уменьшению затрат на лечение.*

*Врачи играют важную роль в профилактике проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами. Врачи оценивают факторы риска развития злоупотребления и зависимости, предоставляют рекомендации и начинают лечение для предупреждения развития возможных проблем в будущем. Врачи также должны быть осторожны в назначении медикаментов, которые могут вызывать привыкание и зависимость.*

*Эта глава даёт краткий обзор того, что включает профилактика и, более конкретно, что врачи могут делать для профилактики или уменьшения проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами.*

**I. Факторы, связанные с риском развития злоупотребления и зависимости.**

*Во многих исследованиях делались попытки установить причины и механизмы формирования злоупотребления психоактивными веществами: с чего начинается проблема и каковы пути её дальнейшего развития. Было выделено несколько факторов, по которым злоупотребляющие психоактивными веществами отличаются от тех, кто не испытывает такого рода проблем. Факторы, связанные с более высокой вероятностью злоупотребления веществами, называют "факторами риска", а те факторы, которые связаны со сниженной вероятностью употребления и злоупотребления, - "протективными факторами". В главе 3 данного пособия ("Биопсихосоциальный подход") приведены индивидуальные и социокультуральные факторы риска злоупотребления веществами. С точки зрения профилактики особое значение имеют факторы, которые можно модифицировать в процессе психологического и социального развития индивидуума. На разных этапах развития значение тех или иных факторов риска может быть неодинаковым. В данном контексте наиболее важными представляются **факторы риска**, связанные с ранним развитием в семье, а именно:*

- неблагоприятная домашняя среда, особенно когда родители злоупотребляют психоактивными веществами (алкоголем, медикаментами) или страдают психическими заболеваниями;

- неэффективное воспитание, особенно в отношении детей с расстройствами поведения и сложными характерологическими особенностями.

Другие факторы риска связаны с социальными контактами детей вне семьи и прежде всего - в школе, среде сверстников, ближайшем окружении по месту жительства. Некоторые из этих факторов приведены ниже:

- неадекватно застенчивое и/или агрессивное поведение в классе;
- школьная неуспеваемость;
- недостаточно развитые навыки общения и/или адаптивные навыки.

Были выделены также определённые **протективные факторы**. Не всегда они являются противоположными факторам риска. Их влияние также неодинаково на различных этапах развития индивидуума. Наиболее значительными протективными факторами являются следующие:

- выраженная привязанность к семье;
- воспитание родителями с ясными правилами в семье и вовлечённостью родителей в жизнь своих детей;
- успехи в школе;
- адекватные навыки социального общения и навыки решения проблем.

Другие такие факторы, как доступность психоактивных веществ или употребляющие вещества сверстники, также оказывают влияние на некоторых молодых людей, начинающих употреблять психоактивные вещества.

## II. Политика в области здравоохранения

ВОЗ сформулировала одну из своих задач следующим образом:

**“К 2000 году наносящее вред здоровью потребление таких вызывающих зависимость веществ, как алкоголь, табак и психоактивные медикаменты, должно быть значительно снижено во всех Странах-участницах”.**

Для того, чтобы быть эффективной, профилактическая работа должна быть нацелена на (1) уменьшение доступности психоактивных веществ и (2) уменьшение мотивации к употреблению этих веществ. Для достижения этих целей наилучшим путём является комбинация трёх приведенных ниже стратегий:

### **1. Политика общества, направленная на ограничение доступности.**

В большинстве стран есть некоторые законодательные нормы, регулирующие употребление алкоголя и других психоактивных веществ. К примеру, есть законы, подвергающие уголовной ответственности лиц, занимающихся транспортировкой, хранением и продажей нелегальных психоактивных веществ; цены на легальные вещества подвержены контролю; имеются ограничения возраста в отношении покупки и потребления алкоголя, а также ограничиваются время, формы и места продажи легальных аддиктивных веществ.

### **2. Информация и образование, направленные на предупреждение употребления.**

Некоторые программы предусматривают образование всего населения или работников системы здравоохранения в отношении употребления вызывающих зависимость веществ, а также обучение людей навыкам межличностного взаимодействия и здоровым альтернативам употреблению психоактивных веществ.



### **3. Лечение и организация помощи.**

*Эта стратегия включает предоставление рекомендаций, консультаций, помощи и поддержки индивидуумам с проблемами, связанными с употреблением алкоголя или других веществ, а также индивидуумам с высоким риском развития такого рода проблем.*

*Десять стратегий деятельности в отношении алкоголя из Европейской хартии по алкоголю приведены в приложении J.*

## **III. Возможности профилактики**

*Изучение факторов и процессов, которые повышают риск употребления и злоупотребления веществами, а также изучение протективных факторов позволило выделить следующие первичные цели для профилактической деятельности: семейные отношения, взаимоотношения сверстников, школьная среда и окружение по месту жительства. Успешная профилактическая деятельность, направленная на предупреждение употребления веществ, может осуществляться в каждой из вышеприведенных областей путём повышения социальной компетентности и улучшения соответствующих навыков, а также путём повышения уровня осознания отрицательных последствий злоупотребления психоактивными веществами для здоровья, социального и психологического благополучия.*

*Профилактическая деятельность, осуществляемая учителями, родителями, общественными лидерами, врачами и др., может усиливать протективные факторы и ослаблять влияние факторов риска.*

**Семейные отношения.** *Профилактические программы могут повышать влияние протективных факторов среди детей путём обучения родителей оптимальным навыкам общения в семье, навыкам эмпатии и понимания, а также процессу твёрдого и последовательного установления определённых правил в семье. Исследования показали, что родителям необходимо играть более активную роль в жизни своих детей и стараться понимать их личные проблемы и заботы. Не следует избегать бесед с детьми о наркотиках и алкоголе. Более того, собственное поведение родителей, связанное с употреблением алкоголя, аддиктивных медикаментов или наркотиков, является ключевым фактором профилактики злоупотребления психоактивными веществами в семье.*

**Взаимоотношения сверстников.** *Профилактические программы нацелены на отношения индивидуума со сверстниками и осуществляются путём развития навыков социальной компетентности, что включает улучшение навыков общения, укрепление позитивных взаимоотношений со сверстниками и позитивных форм социального поведения, а также формирование навыков отказа от приёма психоактивных веществ в ситуациях, когда их предлагают.*

**Школьная среда.** *Профилактические программы нацелены на формирование чувства принадлежности коллективу, укрепление связей со школой, поощрение успехов, улучшение школьной успеваемости и снижение вероятности преждевременного оставления учебы. Школам также принадлежит определённая образовательная роль в области упо-*

\* European Alcohol Action Plan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993. -Document ICP/Ada/035. - P. 11.

*требления психоактивных веществ: исследования показали, что дети не склонны начинать употребление веществ, если они осознают отрицательные последствия употребления для здоровья и социального функционирования.*

**Окружение по месту жительства.** *Профилактические программы осуществляются на коммунальном уровне с привлечением общественных, религиозных, благотворительных и государственных организаций. Программы нацелены на укрепление адекватных социальных и антинаркотических норм путём изменений в политике и соответствующих нормативных правилах, организации программ в средствах массовой информации, а также проведения кампаний, направленных на повышение осознания актуальности проблемы.*

*В целом образование детей в области негативных эффектов наркотиков, и в особенности тех эффектов, которые оказывают непосредственное и незамедлительное отрицательное влияние на их жизнь, является важным элементом профилактических программ. Кроме того, оказание помощи детям в повышении их школьной успеваемости и социальной компетентности, формирование положительных и здоровых интересов (спорт, искусство и культура) способствует созданию прочных отношений с их сверстниками, школой и окружением по месту проживания.*

#### **IV. Роль врачей**

*Тогда как правительства несут ответственность за разработку и осуществление национальной политики, врачи могут применять две из трёх приведенных выше стратегий, а именно - врачи могут образовывать и лечить своих пациентов. Врачам принадлежит определённая роль на первичном, вторичном и третичном уровнях профилактики:*

**1. Первичная профилактика** *нацелена на начальное предупреждение проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами. Общая информация нацелена на группы людей, которые либо ещё не начинали экспериментировать с алкоголем или другими веществами, либо которые не имеют проблем, связанных с их употреблением. Примером первичной профилактики может служить информирование беременных женщин о риске употребления алкоголя во время беременности. Первичная профилактика может также включать просто наличие доступных брошюр или других информационных материалов с соответствующим содержанием в комнатах ожидания.*

**2. Вторичная профилактика** *нацелена на как можно раннее распознавание проблемы и последующее её разрешение или изменение в положительную сторону. Методы вторичной профилактики включают предоставление рекомендаций, консультирование и лечение тех, кто имеет высокий риск развития проблем или уже испытывает проблемы, связанные с употреблением алкоголя или других веществ. Метод кратковременного вмешательства является примером вторичной профилактики.*

**3. Третичная профилактика** *нацелена на минимизацию того вреда для индивидуума и общества, который наносится в связи с зависимостью от алкоголя или других веществ. Примеры третичной профилактики включают программы обмена игл (замена использованных игл для внутривенного введения стерильными) и программы заместительной терапии для страдающих зависимостью от опиатов.*

*Нижеприведенные рекомендации позволяют реализовать возможности врача по профилактике злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от них.*

1. Проводите скрининг всех пациентов для раннего выявления проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, и предлагайте лечение или направление к соответствующим специалистам.
2. Образовывайте пациентов, относящихся к группе высокого риска, в отношении негативных последствий употребления алкоголя и других психоактивных веществ (к примеру, заболевания печени вследствие злоупотребления алкоголем, вождение автомобиля в состоянии опьянения, риск заражения ВИЧ-инфекцией при внутривенном введении наркотиков и т.п.).
3. Выявляйте пациентов с высоким риском злоупотребления или пациентов, имеющих злоупотребляющих членов семьи, для предоставления рекомендаций и, при необходимости, направлений к специалистам.
4. Используйте все возможности для предоставления профилактической информации. Имеются определённые этапы или события в жизни, когда такая информация является особенно полезной и необходимой. Примерами являются состояние беременности, болезненные состояния, осложнённые употреблением психоактивного вещества, а также такие кризисные состояния в жизни, как смерть любимого человека, развод или потеря работы.
5. Следите за успехами пациентов и предоставляйте им поддержку, рекомендации, направления к другим специалистам для содействия в предотвращении рецидива.
6. Поддерживайте социальные меры (к примеру, снижение "допустимых уровней алкоголя в крови") и общественные мероприятия (к примеру, образовательные программы в школах, группы самопомощи и т.п.), нацеленные на профилактику злоупотребления веществами.
7. Следуйте следующим рекомендациям при назначении потенциально аддиктивных лекарств:
  - Проведите тщательную оценку соматического и психического статуса пациента с уточнением анамнеза в отношении употребления психоактивных веществ (текущие и прошлые назначения, употребление не запрещённых законом психоактивных веществ, употребление алкоголя и наркотиков). Эта информация помогает определить риск злоупотребления веществом и риск развития зависимости, а также риск нежелательных эффектов взаимодействия лекарств и риск развития кросс-зависимости.
  - Назначайте такого рода медикаменты в соответствии с фиксированным графиком, в малых количествах и на короткий период времени.
  - Проводите частую повторную оценку пациента.
  - После продолжительного применения снижайте дозу постепенно.
  - Образовывайте пациента в отношении медикамента: его действия, возможных побочных эффектов, видов деятельности, которые необходимо избегать при приёме данного лекарства, взаимодействия с алкоголем и другими веществами, а также опасностей неправильного применения. Если имеется какая-либо возможность развития зависимости, необходимо обсудить это с пациентом. Пациент также нуждается в рекомендациях, когда и как принимать данное лекарство.
8. Имейте в виду возможность нефармакологических методов лечения при наиболее часто встречающихся болезненных состояниях. Нефармакологические методы терапии распространённых проблем приведены в приложении Н.

## Приложения

- Приложение А**      *Статья Роджера Мейера “Заболевание под названием “болезненное пристрастие” (“аддикция”): доказательства, появившиеся за 200 лет дебатов”*
- Приложение В**      *Перечень 1: “Почему люди принимают наркотики”  
Перечень 2: “Почему люди употребляют алкоголь”*
- Приложение С**      *· МКБ-10 критерии злоупотребления с вредными последствиями и зависимости.  
· DSM-IV критерии злоупотребления и зависимости.*
- Приложение D**      *AUDIT- Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя*
- Приложение E**      *Лабораторные тесты*
- Приложение F**      *Перечень состояний, влияющих на надёжность самоотчётов пациентов об употреблении алкоголя и наркотиков*
- Приложение G**      *Шкала оценки состояния отмены алкоголя Клинического института Фонда исследования зависимостей (CIWA-Ar)*
- Приложение H**      *Нефармакологические методы терапии распространённых болезненных состояний*
- Приложение I**      *Группы самопомощи*
- Приложение J**      *Десять стратегий деятельности в отношении алкоголя*
- Приложение K**      *Роль бригады первичного звена медицинской помощи в лечении и профилактике состояний, вызванных злоупотреблением психоактивных веществ*
- Приложение L**      *Список литературы*

## Приложение А

**Заблевание под названием “болезнае пристралие” (“аддикция”): доказательства, появившиеся за 200 лет дебатов\***

**Роджер Мейер**

Концепция болезни при наркоманической и алгоольной зависимости на протяжении последних 200 лет развивалась в контексте изменяющихся представлений в области клинической медицины, общественного здравоохранения и психиатрии. В отношении алгоолизма считается, что истоков этой концепции находятсЯ Бенджамин Раиш (Benjamin Rush) в США и Томас Троттер (Thomas Trotter) в Великобритании, и это после того, как дистиллированный алгооль стал широко доступен в качестве коммерческого продукта. Бенджамин Раиш (на фотографии) родился в 1745 году в мире, воодушевленном философией Просвещения. Он получил степень доктора медицины в Эдинбурге, где его учителя определяли болезнь как дисбаланс нервной системы. Если дистиллированные спиртные напитки рассматривались как “сильные стимуляторы нервной системы”, чрезмерное употребление которых может приводить к “дисбалансу” в нервной системе, то для Раиша было сравнительно просто сделать шаг в сторону определения алгоолизма как “болезни”, при которой алгооль - причинный фактор, а утрата контроля над поведением, связанным с употреблением алгооля, - характерный симптом, и полное воздержание от алгооля - единственно эффективное лечение. Его вера в силу “разума” привела к началу большой образовательной кампании в США, нацеленной на снижение пьянства в обществе. Подушее потребление алгооля значительно упало в период с 1810 по 1830 гг.<sup>1</sup>

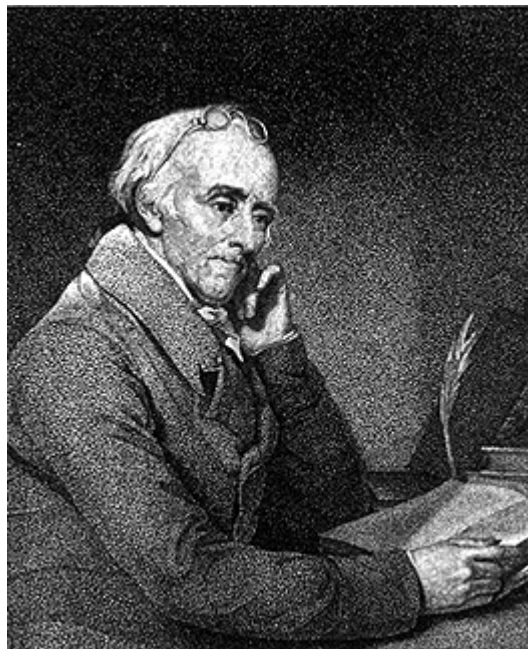


Фото: Бенджамин Раиш (1745-1813)

Ко второй половине XIX века взгляды на болезнь стали основываться на достижениях патологии как науки и микробиологии. Взгляды современников на болезненное пристралие к алгоолю сосредотачивались на соматических последствиях алгоолизма, его теоретических подтипах, основанных на клинических наблюдениях, а также на лечении в психиатрических лечебницах того времени (а следовательно, вдали от семьи и нездоровых условий жизни). Врачи XIX века проводили различие между хроническим алгоолизмом (определяемым изменениями в органах вследствие хронического употребления алгооля) и болезненным пристралием к алгоолю (неконтролируемым влечением к алгоолю).

\* Roger E Meyer. The disease called addiction: emerging evidence in a 200-year debate. *Lancet* 1996; 347: 162-66

*Болезненное пристрастие к алкоголю определялось симптомами отмены, патологической тягой к алкоголю и утратой контроля.*

*Концепция болезни также применялась в отношении болезненного пристрастия к опиоидам и кокаину; однако в последней четверти XIX века идеология движения трезвости претерпела сдвиг акцентов от озабоченности аддикцией в сторону роли алкоголя в травматизме, преступности, беспорядках на работе и политической коррупции. В этом веке проблема аддитивных средств в США, как и проблема алкоголя в период сухого закона, определяется преимущественно законодательными мерами. В обоих случаях врачи в основном утратили интерес к вопросам, связанным с аддикцией; в это же время также наблюдалось снижение подушевого потребления, а основное внимание сосредоточилось на связи между употреблением вызывающих зависимость веществ и преступностью.*

*После отмены сухого закона в США основная работа в области концепции алкоголизма как болезни связана с именем Е. М. Джеллинека, который к категории больных относил индивидуумов с признаками толерантности, симптомами отмены, а также либо с “утратой контроля”, либо с “неспособностью воздерживаться” от алкоголя.<sup>2</sup> Такие индивидуумы не могли умеренно употреблять алкоголь, а при продолжении пьянства их заболевание прогрессировало и создавало угрозу для жизни. Кроме того, Джеллинек понимал, что алкогольная профилактика должна проводиться с учётом сложного взаимодействия культуральных, демографических, политических и экономических факторов и что проявления болезни (неспособность воздержания либо утрата контроля) также находятся под влиянием культуральных факторов. В то время, когда многие алкоголики испытывали чувство, что представители медицинской профессии отвернулись от лечения алкоголизма, Джеллинек считал, что концепция болезни сделает более доступной помощь больным алкоголизмом на базе существующих медицинских учреждений.<sup>2</sup>*

*60-е годы XX века ознаменовались развитием экспериментальных поведенческих моделей аддитивных расстройств (выполненных на животных), появлением программ поддерживающей терапии метадоном и лечения героиновой зависимости антагонистами наркотиков, финансированием в США принудительного лечения и приближенных к населению форм лечения наркоманов, началом большой эпидемии употребления наркотиков и аддитивного поведения среди молодёжи из среднего социального класса в Северной Америке и Западной Европе. Всё это, наряду с критикой концепции болезни, развёрнутой многими представителями поведенческих и социальных наук,<sup>3-8</sup> способствовало формированию дебатов по вопросу валидности данной концепции, которые продолжались на протяжении большей части 70-х годов.*

*Результаты исследований других учёных, появившиеся в конце 70-х годов<sup>9-14</sup>, введение чётко определённых критериев синдрома алкогольной зависимости<sup>15</sup> (позже разработанных для других аддитивных веществ в диагностических системах DSM-III-R, DSM-IV и МКБ-10), а также новые данные в области нейробиологии зависимостей определили настоящее понимание проблемы. Концепция болезни остаётся спорной.<sup>16</sup>*

*В течение последних 25 лет индивидуализированный подход аллопатической медицины и популяционный подход в русле общественного здравоохранения объединились в разработке методов скрининга и коррекции множественных факторов риска, связанных с сердечно-сосудистыми и некоторыми другими заболеваниями. Границы того, что составляет болезнь, расширились за счёт включения риска, связанного с семейным анамнезом, возрастом, образом жизни и/или окружающей средой. Эти границы будут расширяться и далее в связи с исследованием генома человека. Зависимости явно отвечают*

такому пониманию болезни, что отражается в следующем определении алкоголизма:<sup>17</sup> “Алкоголизм является первичным хроническим заболеванием, на развитие и проявления которого влияют генетические, психосоциальные и средовые факторы. Заболевание часто прогрессирует и приводит к смерти. Оно характеризуется нарушением контроля над употреблением спиртных напитков, пристрастием к алкоголю и употреблению алкоголя, несмотря на негативные последствия, а также искажениями мышления преимущественно в форме отрицания. Каждый из этих симптомов может проявляться постоянно либо периодически”. Как вирус, который может включиться во внутриклеточный синтез белков и управлять этим процессом, так и поступающие извне вещества, оказывающие положительное подкрепление (алкоголь и другие аддиктивные вещества), могут доминировать над мозговыми механизмами, связанными с предвкушением и целенаправленным (мотивированным) поведением.

И хотя некоторые аддиктивные вещества (включая алкоголь) вызывают физическую зависимость, все аддиктивные препараты активируют нейрональные сети в мозге, лежащие в основе подкрепления,<sup>18</sup> а также те нейрональные сети, которые формируют могущественные эмоциональные воспоминания.<sup>19</sup>

### **Надёжные диагностические критерии с некоторой прогностической полезностью**

В 1976 году Эдвардс и Гросс (Edwards and Gross)<sup>15</sup> предложили семь критериев “синдрома алкогольной зависимости” - симптомокомплекса, базирующегося на биологических процессах и на процессах научения (Вставка 1). Они продолжили с определением зависимости на континууме выраженности, а также дифференцировали зависимость от связанных с алкоголем биомедицинских и психосоциальных нарушений. На последние значительное влияние могут оказывать культуральные особенности и сопутствующая психопатология (к примеру, социопатия). В определении синдрома зависимости подчёркивалась нарушенная способность к умеренному употреблению алкоголя. В то время как в шести исследованиях<sup>10,11,14,20-22</sup> было обнаружено, что в клинических популяциях выраженность по-разному определяемой зависимости имеет прогностическое значение, другие исследования не установили ни прогностическую значимость,<sup>23</sup> ни внутреннее единство данного симптомокомплекса.<sup>24</sup> Большинство клиницистов в Северной Америке согласятся с Бэйбором и соавт.,<sup>14</sup> которые пришли к выводу, что продолжительное умеренное употребление алкоголя не является правдоподобным результатом лечения для тех, кто обнаруживает умеренную или выраженную зависимость от алкоголя. Прогностическая значимость выраженности зависимости не применялась методично в исследованиях терапии других аддиктивных расстройств.

Клиническая область знаний значительно бы обогатилась при идентификации биологических критериев, коррелирующих с выраженностью зависимости, хотя в исследованиях Ходжсона с соавт. (Hodgson et al),<sup>12</sup> Каплана с соавт. (Kaplan and co-workers)<sup>25</sup> и Лэйберга (Laberg)<sup>26</sup> продемонстрирована связь между “запускающим эффектом” малой дозы алкоголя (оцениваемой по влечению к алкоголю и/или характеру употребления алкоголя на основании самоотчётов) и выраженностью зависимости. Вследствие путаницы между не являющимися синонимами терминами “зависимость” и “физическая зависимость” термин “аддиктивный синдром” более ясно передаёт поведенческую основу дефиниции.

**Вставка 1: Наиболее важные элементы синдрома алкогольной зависимости**

**Сужение репертуара употребления спиртных напитков.** *Круг запускающих употребление алкоголя ситуаций и состояний, а также индивидуальный репертуар употребления алкоголя становятся всё более стереотипными.*

**Доминирование поведения, нацеленного на употребление алкоголя.** *Приоритетным становится продолжающееся употребление алкоголя.*

**Повышение толерантности к алкоголю.** *Способность продолжать употребление алкоголя и повседневные виды деятельности при таких уровнях концентрации алкоголя в крови, при которых это было бы невозможно для людей с обычной толерантностью.*

**Повторяющиеся симптомы отмены.** *4 ключевых симптома включают тремор, тошноту, потливость и нарушение настроения.*

**Облегчение или предупреждение симптомов отмены путём дальнейшего употребления алкоголя.** *Потребность в алкоголе для облегчения или предупреждения симптомов отмены.*

**Субъективное осознание влечения к употреблению алкоголя.** *Влечение к употреблению алкоголя. Желание дальнейшего приёма алкоголя расценивается как нерациональное; это желание встречает сопротивление, но, тем не менее, принимается дополнительная доза алкоголя.*

**Возврат к прежнему после периода полного воздержания от употребления алкоголя.** *Возвращение прежнего стереотипного характера употребления алкоголя.*

## Факторы риска

### Доступность веществ

На протяжении большей части нынешнего века (в отношении нелегальных веществ, вызывающих зависимость), а также в период сухого закона в США (в отношении алкоголя) общественная политика фокусировалась на доступности веществ, способных вызывать зависимость. Высокая распространённость алкоголизма отмечается в странах с высоким уровнем потребления алкоголя на душу населения (к примеру, Франции), включая также нации с культуральной толерантностью к алкогольному опьянению (к примеру, колониальную Америку). В некоторых бедных общинах США доступность героина и крака составляет основу подпольной экономики, что делает эти нелегальные наркотики ещё более доступными, чем в благополучных общинах. Как правило, там, где широко доступны вызывающие зависимость вещества и/или нет культуральных ограничений в отношении употребления таких веществ или опьянения от них, среди находящихся на лечении людей с зависимостью коморбидные психопатологические расстройства встречаются реже, чем там, где имеются серьёзные ограничения в доступности вызывающих зависимость веществ. К примеру, на Тайване среди страдающих алкоголизмом наблюдается высокий (>90%)<sup>2</sup> уровень распространённости социопатии, тогда как среди больных алкоголизмом Франции этот уровень чрезвычайно низок<sup>2,8</sup>. Очевидно, что широкая доступность является фактором риска в отношении употребления и зависимости; однако аддиктивные расстройства развиваются под влиянием индивидуаль-



ных факторов риска (к примеру, семейной отягощённости, некоторых видов психопатологии), среды, а также выраженности подкрепляющих свойств вещества и способа его введения. Алкоголь обладает меньшей подкрепляющей способностью по сравнению с кокаином или героином, а способ его употребления не приводит к быстрою наступлению фармакологического действия на мозг. Поэтому может потребоваться 10 лет тяжёлого пьянства для развития алкогольной зависимости, тогда как развитие зависимости от героина при его курении или внутривенном введении может наступить значительно быстрее.

#### *Наследственность и семейное окружение как факторы риска и протекции*

В медицине конца XX века одним из ключевых признаков концепции болезни является роль семейной отягощённости как не уточнённого иным образом фактора риска для целого ряда заболеваний. Четыре обширных и методологически корректных близнецовых исследования подтвердили более ранние работы, из которых следовало, что неуточнённые генетические факторы повышают риск развития алкогольной зависимости среди употребляющих алкоголь людей (к примеру, ссылки 33 и 34). Дополнительную поддержку генетической модели оказали многочисленные исследования фармакогенетики предпочтения алкоголя у грызунов (обобщённые Мейером и Долинским (Meyer and Dolinsky) 3 5), а также исследования возможных маркёров/медиаторов риска у детей алкоголиков. 3 6, 37 Результаты исследований Шакута (Schuckit) 3 8, свидетельствующие о том, что более низкий уровень реакции на этанол у молодых взрослых мужчин является предиктором будущего алкоголизма, представляют большой интерес, поскольку исследование было лонгитудинальным и поскольку предпочтение употребления алкоголя среди грызунов также представляется связанным с уменьшенной первичной реакцией на этанол.<sup>39</sup>

Полиморфизм алкогольдегидрогеназ и альдегиддегидрогеназ, ADH2 и ALDH2, связан с более низкой подверженностью алкоголизму среди тайванцев и корейцев Северной Америки и Азии. Данные о том, что A1 аллель D2 допаминового рецептора связан с алкоголизмом, не подтвердились.<sup>40</sup> Более того, несмотря на то, что есть множество генов с умеренно распространёнными и редкими структурными вариантами, которые могут оказывать влияние на нейротрансмиссию, их роль при алкоголизме остаётся неизвестной. В настоящее время в обширном мультицентровом исследовании в США исследуется вопрос валидности наследуемых подтипов алкоголизма, которые были выделены при исследовании приёмных детей в Швеции.

И хотя генетические исследования при других аддиктивных расстройствах не столь хорошо развиты по сравнению с таковыми при алкоголизме, имеются достаточно убедительные данные о том, что связанное с курением поведение родителей оказывает влияние на решение их детей в отношении курения, а также данные о том, что употребление студентами юношеского возраста некоторых видов веществ, вызывающих зависимость, может коррелировать с характером внутрисемейного употребления такого рода веществ.

#### *Предшествующая психопатология, поведение в детском/подростковом возрасте и предшествующее употребление веществ*

Вопрос о том, имеется ли причинная связь между психопатологией и развитием аддиктивных расстройств, неоднократно поднимался в традиционных психиатрических исследованиях, опубликованных в Северной Америке. Валидность гипотезы, что психоактивные вещества употребляются в качестве самолечения, была поставлена под сомнение исследованиями, в которых было показано, что в процессе лечения у больных с алкогольной и наркоманической зависимостью обнаруживаются существенные психиатрические проблемы как следствие употребления вещества. Наиболее сильная

связь между предшествующей психопатологией и риском развития аддиктивных расстройств была показана для антисоциального расстройства личности (включая расстройство поведения детского возраста)<sup>41,42</sup>; в теоретическом контексте такая связь установлена между определёнными наследуемыми личностными чертами и развитием алкоголизма у людей с семейной отягощённостью по алкоголизму. Наличие у пациентов с аддиктивными расстройствами сопутствующего психиатрического расстройства может определять формирование зависимости в более раннем возрасте, темп прогрессирования от начала употребления до формирования зависимости, характер психосоциальных нарушений, а также эффективность терапии (к примеру, ссылка 43). Поведенческие характеристики учеников начальной средней школы (застенчивая агрессивность) могут служить ранними признаками подверженности будущего развития алкоголизма. Эти поведенческие характеристики могут быть, а могут и не быть, связаны с риском развития антисоциального расстройства личности у взрослых и/или наследуемого подтипа алкоголизма (тип II), ассоциированного с семейной отягощённостью по криминальности. Формы антисоциального поведения имеют тенденцию накапливаться у подростков. Поскольку и другие вещества доступны этой когорте, то связанные с полом антисоциальные черты, ассоциирующиеся с интоксикацией этанолом,<sup>44</sup> могут быть также применимы и к другим аддиктивным веществам. И, наконец, есть данные, свидетельствующие о том, что характер употребления психоактивных веществ среди сверстников влияет на принятие решений в отношении употребления такого рода веществ,<sup>45</sup> а предшествующие решения в отношении употребления табака, алкоголя и каннабиса влияют на вероятность перехода к употреблению таких более аддиктивных веществ, как героин или кокаин.<sup>46</sup>

### Значение экспериментальных моделей аддиктивных расстройств

На вставке 2 представлены модели, выполненные на животных, которые оказались наиболее продуктивными для моделирования тех или иных аспектов поведения при алкогольной или наркоманической зависимости, а также для моделирования тех процессов в мозге, которые связаны с подкреплением. Применяя модель самовведения психоактивного вещества, исследователи показали, что вещества, которыми злоупотребляют люди (за исключением галлюциногенов и каннабиса), оказывают подкрепление у крыс и обезьян.<sup>47</sup> Со временем поведение, связанное с внутривенным самовведением, оказывается под контролем стимулов - то есть такое поведение имеет место, когда животное научается тому, что вещество доступно, и изменяет свою активность таким образом, чтобы поддерживать определённую дозу, если она изменяется от инъекции к инъекции.<sup>48</sup> Поведение обезьян и крыс в экспериментах внутривенного самовведения опиоидов, кокаина и стимуляторов удивительно похоже на формы поведения людей с зависимостью от психоактивных веществ. Нант (Nutt)<sup>47</sup> приводит данные, свидетельствующие о том, что связь подкрепления с эффектами психоактивных веществ осуществляется на уровне мезолимбической допаминовой системы, и прежде всего - nucleus accumbens. Имеются данные, свидетельствующие о том, что, как самовведение опиоидов, так и алкогольное подкрепление опосредуются не только допамином, но и опиоидными рецепторами в этом отделе мозга, а эффекты алкоголя также могут опосредоваться другими рецепторами (агонистами типа A g-аминомасляной кислоты [ГАМКА] N-метил-D аспаратом [NMDA] и серотонинергическими рецепторами).<sup>48</sup>

Потребление алкоголя крысами может существенно изменяться в зависимости от графиков подкрепления, сочетания алкоголя с другими подкреплениями, а также фармакогенетических факторов.<sup>34</sup> Селективное скрещивание крыс, различающихся по спонтанному предпочтению или избеганию употребления алкоголя, позволило исследователям изучить нейробиологические различия между предпочитающими алкоголь животными и не предпочитающими алкоголь. Предпочитающие алкоголь линии крыс, выведенные в Индианском университете, имеют пониженные концентрации серотонина в нескольких областях мозга и пониженные концентрации дофамина и серотонина в *nucleus accumbens* по сравнению с не предпочитающими алкоголь крысами.<sup>49</sup>

Модели, выполненные на животных и приведенные на вставке 2, были разработаны для скрининга веществ на предмет их потенциальной возможности вызывать злоупотребление, а также для оценки их подкрепляющих свойств. Только недавно такие модели были применены для скрининга веществ в отношении их эффективности при лечении аддиктивных расстройств. Использование налтрексона в лечении алкоголизма<sup>50,51</sup> вытекает из исследований эффектов, оказываемых наркотическими антагонистами на потребление алкоголя у крыс<sup>52</sup>. Ещё предстоит развитие такого рода моделей для предикции эффективности препаратов в лечении аддиктивных расстройств у людей. И хотя модели, выполненные на животных, позволили в значительной степени понять поведенческие и биологические эффекты психоактивных веществ как веществ, оказывающих подкрепление, всё ещё остаются вопросы о специфических нейроадаптивных изменениях вследствие хронического введения веществ, которое приводит к развитию болезненного пристрастия (включая постоянный риск рецидива после состояния отмены).

#### Возможные патофизиологические модели

Есть по меньшей мере две теории, которые объясняют стойкость аддиктивного поведения и высокий риск рецидива после прекращения приёма вещества, - обуславливающие модели и гомеостатические модели. Они не являются взаимоисключающими и могут дополнять друг друга. Обуславливающие модели связывают рецидив с обуславливанием по Павлову, когда сочетание средовых стимулов и субъективных состояний способствуют возобновлению употребления вещества (обусловленное патологическое влечение). В детальной критической статье по поводу таких исследований Стюарт с соавторами (Stewart et al)<sup>53</sup> утверждал, что, несмотря на имеющиеся свидетельства Павловского обуславливания реакций отмены,<sup>54</sup> "наученной толерантности" и наркотикоподобных эффектов,<sup>55</sup> только наркотикоподобные эффекты могут объяснять тенденцию алкоголиков и наркоманов возвращаться к местам высокого риска, где они ранее приводили себя в состояние интоксикации. Это поведение аналогично обусловленному предпочтению места (Вставка 2), когда крысы предпочитают те места в лабиринте, где они ранее получали инъекции

#### **Вставка 2: Поведенческие модели аддиктивных расстройств, выполненные на животных**

1. Внутривенное самовведение психоактивных веществ у крыс и обезьян
2. Самовведение алкоголя внутрь (и интрагастрально) (фармакогенетические и поведенческие модели)
3. Интрацеребральное самовведение психоактивных веществ / алкоголя
4. Парадигмы дискриминации стимулов психоактивных веществ / алкоголя

наркотического вещества. Предлагаемая модель согласуется с эффектами малых доз предпочитаемого наркотического вещества (см. выше), а также с недавними данными по обусловленной сенситизации<sup>47</sup>. Из экспериментов с алкоголем на животных следует, что мезолимбическая допаминовая система играет определённую роль в обусловленном (также как и в необусловленном [безусловном]) наркотическом подкреплении, в обусловленных компонентах бихевиоральной сенситизации, а также в возможных нейробиологических механизмах, предвосхищающих прием алкоголя. К тому же имеются данные о том, что возбуждающие аминокислоты играют определённую роль в обусловливании эффектов наркотических веществ и вызванной ими сенситизации, связанных со стимуляторами. До недавнего времени исследования Павловского обусловливания при аддиктивных расстройствах фокусировались на периферической нервной системе. Современные методы построения изображений мозга и такие методики, как микродиализ *in vivo* при использовании поведенческих моделей у животных, должны сделать возможной разработку новых методов скрининга фармакологических методов лечения, направленных на обусловленное влечение как фактор развития болезненного пристрастия и рецидива.

Рецидив приёма аддиктивного вещества наиболее вероятен в первые 3-6 месяцев воздержания. Этот период может отличаться физиологическими нарушениями, расстройством регуляции настроения, разнообразными соматическими симптомами (к примеру, нарушениями сна у страдающих алкоголизмом), которые обнаруживают связь с рецидивом. Мартин и Ясински (Martin and Jasinski)<sup>56</sup> характеризуют этот период у героиновых наркоманов как “протрагированную абстиненцию”, понимая под этим, что они не чувствуют себя “нормально” без наркотика. Кришк и её коллеги (Kreek et al.)<sup>57</sup> показали, что у бывших героиновых наркоманов, находящихся на поддерживающей терапии метадонем, функция гипоталамо-гипофизо-адренальной оси является нормальной, тогда как у героиновых наркоманов, не употребляющих наркотик, - патологической.

Многочисленные исследования на грызунах хронического введения алкоголя, кокаина и опиоидов свидетельствуют о возможных изменениях в экспрессии генов (или других факторов), связанных с введением веществ, принадлежащих к какому-то отдельному классу, а также об изменениях, единых для всех трёх классов веществ. Изменения в характеристиках связывания с рецептором могут быть вторичными по отношению к изменениям в составе субъединиц (к примеру, рецептора BZ GABA (БДЗ-ГАМК) после хронического воздействия алкоголя), фосфорилированному состоянию рецепторного белка<sup>58</sup> или другим факторам, которые могут влиять на передачу сигнала. Острое введение алкоголя характеризуется анксиозизмом и депрессией психомоторных функций, а также повышенным током хлора к BZ GABA-рецептору и блокадой тока кальция к NMDA-рецептору.<sup>59</sup> Эти поведенческие и рецепторные эффекты уменьшаются по мере развития толерантности. Острое состояние отмены характеризуется повышенной тревогой, двигательной активностью и припадками, а также - повышением активности NMDA рецепторов и снижением активности BZ GABA рецепторов.<sup>60</sup> Грант и Ловинджер (Grant and Lovinger)<sup>60</sup> предполагают функциональное взаимодействие эффектов этанола (и отмены этанола) на уровне этих рецепторов. Хоуп с соавт. (Hope et al)<sup>61</sup> сообщили об изменениях в Fos-подобных (Fos-like) транскрипционных факторах в целевых нейронах после хронического введения кокаина крысам. Компенсационные изменения в элементах передачи сигналов и ассоциированных протеинах в мезолимбической допаминовой системе могут представлять собой общие клеточные ответы на введение аддиктивных веществ, что может лежать в основе аддиктивного поведения.<sup>62</sup> Наиболее яркие свидетельства стойких дефицитарных нарушений гомеостаза получены в результате клинических исследований страдающих алкоголизмом и героиновой наркоманией.

Нам необходимо установить стойкие резидуальные нарушения в функции рецепторов и экспрессии генов, которые могли бы быть связаны с клиническими наблюдениями и развитием новых методов фармакотерапии. Однако по-настоящему волнующие возможности понимания патофизиологии болезненного пристрастия открывает молекулярная нейробиология. Молекулярные биологи, изучающие линии крыс, различающихся по предпочтению наркотиков или алкоголя (или дифференцированного наркотического подкрепления), также могут получить возможность ответить на вопросы о: (а) различиях в изначальных подкрепляющих свойствах, способных вызывать зависимость веществ/алкоголя; (б) различиях в подверженности обуславливающим и сенситизирующим свойствам вызывающих зависимость веществ/алкоголя; и (в) различиями в изменениях в экспрессии генов нейронов в мезолимбической допаминовой системе, которые могут объяснить механизмы болезненного пристрастия и рецидива. Эти модели, выполненные на животных, обещают дать возможность понять молекулярную основу "риска" и охарактеризовать патофизиологию аддиктивных расстройств, которые озадачивали врачей на протяжении 200 лет.

### Список литературы

1. Lender ME, Martin JK. *Drinking in America*. New York: Free Press, 1982.
2. Jellinek EM. *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick, NJ: Hillhouse Press, 1960.
3. Davies DL. *Normal drinking in recovered alcohol addicts*. *QJ Stud Alcohol* 1962; 23: 94-104.
4. Merry J. *The loss of control myth*. *Lancet* 1966; i: 1257-58.
5. Mello NK, Mendelson JH. *Drinking patterns during work: contingent and non-contingent alcohol acquisition*. In: Mello NK, Mendelson JH, eds. *Recent advances in alcoholism*. Washington, DC: US Public Health Service. HSM 719045, 1971: 647-86.
6. Sobell MB, Sobell LC. *Second year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: results*. *Behav Res Ther* 1976 14: 195-215.
7. Cahalan D, Cisin I. *Drinking behavior and drinking problems in the United States*. In: Kisin B, Begleiter H, eds. *The biology of alcoholism. Vol. 5. Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic*. New York: Plenum Press, 201-37.
8. Armor DJ, Polich AM, Stambul B. *Alcoholism and treatment*. RAND Corp, 1976 R-1739-NIAAA.
9. Pendery ML, Maltzman IM, West LJ. *Controlled drinking by alcoholics? New findings and a re-evaluation of a major affirmative study*. *Science* 1982; 217: 169-75.
10. Polich AM, Armor DJ, Braiker HB. *The course of alcoholism four years after treatment*. RAND Corp, 1980 R-2433-NIAAA.
11. Helzer JE, Robins LN, Taylor JR, et al. *The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities* *N Engl J Med* 1985; 312: 1678-82.
12. Hodgson R, Rankin H, Stockwell T. *Alcohol dependence and the priming affect*. *Behav Res Ther* 1979; 17: 379-87.
13. Edwards G. *A latter follow-up of a classic case series: D L Davies 1962 report and its significance*. *J Stud Alcohol* 1985; 46: 181-90.
14. Babor TF, Cooney NL, Lauerman RJ. *The drug dependence syndrome as a psychological theory of relapse behaviour: an empirical evaluation*. *Br J Addiction* 1987; 82: 393-405.
15. Edwards G, Gross MM. *Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome*. *BMJ* 1976; 1: 1058-61.
16. Peele S. *Diseasing of America*. Boston: Houghton Mifflin, 1989.

17. Morse RM, Flavin DK, for the Joint Committee of the National Council on Alcoholism and Drug Dependence and the American Society of Addiction Medicine to Study the Definition and Criteria for the Diagnosis of Alcoholism. *JAMA* 1992; 268: 1012-14.
18. Hyman SE. The molecular and cellular basis of addiction. *Curr Opin Neurol Neurosurg* 1993; 6: 608-13.
19. Cador M, Robbins TW, Everitt BJ. Involvement of the amygdala in stimulus reward associations: interaction with ventral striatum. *Neuroscience* 1989; 30: 77-86.
20. Skinner H, Allen B. Alcohol dependence syndrome: measurement and validation/ *J Abn Psychol* 1982, 91: 199-209.
21. Vaillaint GE. *The natural history of alcoholism: causes, patterns and paths of recovery.* Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1983.
22. Orford J, Oppenheimer G, Edwards G. Abstinence or control: the outcome for excessive drinkers two years after consultation. *Behav Res Ther* 1976; 14: 409-18.
23. Heather N, Rollnick S, Winton M. A comparison of objective and subjective measures of alcohol dependence as predictors of relapse following treatment. *Br J Clin Psychol* 1983; 22: 11-17.
24. Chick J. Is there a unidimensional alcohol dependence syndrome? *Br J Addiction* 1980; 75: 265-80.
25. Kaplan RF, Meyer RE, Stroebel CF. Alcohol dependence and responsivity to an ethanol stimulus as predictors of alcohol consumption. *Br J Addiction* 1983; 78: 259-67.
26. Laberg JC. Alcohol and expectancies: somatic and subjective responses to expectancies and intake of alcohol in severely, moderately, and non-dependent drinkers. *Br J Addiction* 1986; 81: 797-808.
27. Helzer JE, Canino HJ, Yeh E, et al. Alcoholism- North America and Asia: a comparison of population surveys with the diagnostic interview schedule. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 313-19.
28. Babor TF, Wolfson A, Boivin D, et al. Alcoholism, culture and psychopathology: a comparative study of French, French Canadian, and American alcoholics. In: Helzer JE, Canino GH, eds. *Alcoholism in North America, Europe and Asia.* New York: Oxford University Press, 1992: 182-95.
29. Pickens RW, Svikis DS, McGue M, et al. Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: a study of male and female twins. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 19-28.
30. Heath FC, Meyer J, Jardine R, et al. The inheritance of alcohol consumption patterns in a general population twin sample. I. Multidimensional scaling of quantity/frequency data. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 345-52.
31. Heath AC, Meyer J, Jardine R, et al. The inheritance of alcohol consumption patterns in a general population twin sample II. Determinants of consumption of frequency and quantity consumed. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 352-66.
32. Kendler KS, Heath A, Neale MC, et al. A population-based twin study of alcoholism in women. *JAMA* 1992; 268: 1877-82.
33. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse: cross fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 861-68.
34. Bohman M, Sigvardsson S, Cloninger CR. Maternal inheritance of alcohol abuse: users fostering analysis of adopted women. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 965-69.
35. Meyer RE, Dolinsky Z. Alcohol reinforcement: biobehavioral and clinical considerations. In: Meyer RE, Koob GF, Lewis MJ, Paul SM, eds. *Neuropharmacology of ethanol: new approaches.* Boston: Birkhauser, 1991: 251-64.
36. Schuckit MA. Subjective responses to ethanol in sons of alcoholics and control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41 879-84.
37. Begleiter H, Porjesz B, Bihari B. Event related brain potentials in boys at risk for alcoholism. *Science* 1984; 225: 1493-96.

38. Schuckit MA. Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 184-89.
39. Waller MB, McBride WJ, Lumeng L, Li T-K. Initial sensitivity and acute tolerance to ethanol in the P and NP lines of rats. *Pharm Biochem Behav* 1983; 19: 683-86.
40. Gelemter J, Goldman D, Risch N. The A1 allele at the D2 dopamine receptor gene and alcoholism: a reappraisal. *JAMA* 1993; 269: 1673-77.
41. Hesselbrock M, Meyer RE, Keener J. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 1050-55.
42. Cadoret RJ, O'Gorman TW, Troughton E, et al. Alcoholism and antisocial personality. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 161-67.
43. Rounsaville BJ, Dolinsky Z, Babon T, et al. Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 505-13.
44. Jessor R, Jessor SL. *Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth.* New York: Academic Press, 1977.
45. Kandel DB. On processes of peer influences in adolescent drug use: a developmental perspective. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1985; 4: 139-63.
46. Kandel DB. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science* 1975; 190: 912-14.
47. Nutt D. Addiction: brain mechanisms and their treatment implications. *Lancet* 1996; 347: 31-36.
48. Koob G, Bloom FE. Cellular and mechanisms of drug dependence. *Science* 1988; 242: 715-23.
49. McBride WJ, Bodart B, Lumeng L, Li T-K. Association between low content of dopamine and serotonin in the nucleus accumbens and high alcohol preference. *Alcohol Clin Exp Res* (in press).
50. Volpicelli JR, Altremam A, Hayashadi M, et al. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 876-80.
51. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, et al. Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 881-87.
52. Reid LD, Hunter GA. Morphine and naloxone modulate intake of alcohol. *Alcohol* 1984; 1: 33-37.
53. Stewart J, de Wit H, Eikelboom R. Role of unconditioned and conditioned drug effects in the self-administration of opiates and stimulants. *Psychol Rev* 1984; 91: 251-68.
54. Wikler A. Conditioning factors in opiate addiction and relapse. In: Wilmer DM, Kassebaum GG, eds. *New York: McGraw Hill, 1965: 85-100.*
55. Meyer RF, Mirin SM. *The heroin stimulus.* New York: Plenum Press, 1979.
56. Martin WA, Jasinski DR. Physiological parameters of morphine dependence in man—tolerance, early abstinence, protracted abstinence. *J Psychiatr Res* 1969; 7: 7-9.
57. Kreek MJ. Rationale for maintenance pharmacotherapy for opiate dependence. In: O'Brien CP, Jaffe JH, eds. *Addictive states.* New York: Raven Press, 1992: 205-30.
58. Nestler EJ. Molecular neurobiology of drug addiction. *Neuropsychopharmacology* 1994; 11: 77-87.
59. Lovinger DM, White G, Weight FF. Ethanol inhibits NMDA-activated ion current in hippocampal neurons. *Science* 1989; 243: 1721-24.
60. Grant KA, Lovinger DM. Cellular and behavioral neurobiology of alcohol: receptor mediated neuronal processes. *Clin Neurosci* (in press).
61. Hope BT, Kelz MB, Duman RS, Nestler EJ. Regulation of IEG expression and AP-1 binding by chronic cocaine in the rat nucleus accumbens. *Proc Natl Acad Sci USA* 1992; 89: 5764-68.
62. Beitner-Johnson D, Guitart X, Nestler EJ. Common intracellular actions of chronic morphine and cocaine in dopaminergic brain reward regions. In: Kalivas PW, Samson HH, eds. *The neurobiology of drug and alcohol addiction.* Ann NY Acad Sci 1992; 654: 70-87.

## Приложение В

### Перечень 1: “Почему люди принимают наркотики?”

*Когда группу потребителей нелегальных психоактивных веществ спросили, почему они принимают эти вещества, - были названы следующие причины:*

- **Этим занимаются мои друзья**
- **Это возбуждает и является хорошим развлечением**
- **Вызывает приятные ощущения**
- **Придаёт хорошее самочувствие**
- **Повышает настроение**
- **Развеивает скуку**
- **Облегчает боль**
- **Придает мне смелость (уверенность в себе)**
- **Из-за риска**
- **Из-за причин духовного характера**
- **Искажает моё восприятие реальности**
- **Даёт мне чувство благополучия**



## Перечень 2: Почему люди употребляют алкоголь?

*Люди приводят множество причин для употребления алкоголя. Все эти причины укладываются в три широких категории: а) для того, чтобы с чем-либо справиться; б) для удовольствия; с) в силу привычек и обычаев.*

### **Употребление алкоголя для того, чтобы справиться**

*с отрицательными эмоциями, к примеру, когда испытывает:*

- \* Тревогу
- \* Подавленность
- \* Скуку
- \* Раздраженность
- \* Печаль
- \* Чувство вины

### **Употребление алкоголя для удовольствия**

- \* Для того, чтобы испытать приятное возбуждение, "балдеж", "кайф"
- \* Из-за вкуса
- \* На вечеринках
- \* Общаясь с други
- \* В качестве вознаграждения самого себя
- \* Во время провед
- \* По праздникам
- \* В качестве доп к блюдам во вре.

### **Употребление алкоголя в силу привычек и обычаев**

*Независимо от того, как человек себя чувствует, к примеру:*

- В процессе общения с другими людьми
- Когда предлагают выпивку
- Когда смотришь телевизор

## Приложение С

### МКБ-10 критерии употребления с вредными последствиями и зависимости

#### *Синдром зависимости: диагностические указания (МКБ-10)*

Диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии 3 или более нижеперечисленных признаков, возникавших в течение определённого времени в прошлом году:

- а) Сильная потребность или необходимость принять вещество.*
- б) Нарушение способности контролировать приём вещества, т.е. начало употребления, окончание или дозировки употребляемых веществ.*
- в) Физиологическое состояние отмены (см. F1x.3 и F1x.4), при котором приём вещества прекращается или уменьшается, о чём свидетельствуют: характерный для вещества синдром отмены или использование того же или сходного вещества для облегчения или предотвращения симптомов отмены при осознании того, что это является эффективным.*
- г) Признаки толерантности, такие как увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами. (Очевидными примерами могут являться больные алкоголизмом и лица с опиатной зависимостью, которые могут в течение дня принять дозу, достаточную для летального исхода или потери сознания у нетолерантного потребителя).*
- д) Прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления вещества, увеличение времени, необходимого для приобретения, приёма вещества или восстановления после его действия.*
- е) Продолжение употребления вещества несмотря на очевидные вредные последствия, такие как состояние вреда печени вследствие злоупотребления алкоголем, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение когнитивных функций вследствие употребления наркотиков; следует определять, сознавал ли или мог ли сознавать индивидуум природу и степень вредных последствий.*

#### **Употребление с вредными последствиями: диагностические указания (МКБ-10)**

При постановке данного диагноза необходимо наличие непосредственного ущерба, причинённого психике или физическому состоянию потребителя. Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями. Тот факт, что употребление определённого вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, ещё не является доказательством употребления с вредными последствиями.

Острая интоксикация или “похмелье” сами по себе также не являются достаточными доказательствами вреда для здоровья, что требуется для постановки подобного диагноза. Употребление с вредными последствиями не должно диагностироваться при наличии синдрома зависимости, психотического расстройства или другой специфической формы расстройства, связанной с алкоголем или наркотиками.

## DSM-IV критерии употребления с вредными последствиями и зависимости

### Критерии зависимости от вещества (DSM-IV)

Деадаптивный характер употребления вещества, приводящий к клинически значимым нарушениям или дистрессу, проявляющимся тремя (или более) из нижеприведенных признаков, которые отмечаются в любое время в течение одного и того же 12-месячного периода:

- (1) толерантность, определяемая одним из следующего:
  - (а) потребность в значительном увеличении количества вещества для достижения интоксикации или желаемого эффекта
  - (б) значительное уменьшение эффекта при продолжении приёма одного и того же количества вещества
- (2) состояние отмены, проявляющееся одним из следующего:
  - (а) характерный синдром отмены для данного вещества
  - (б) это же (или родственное) вещество принимается с целью облегчения или избегания симптомов отмены
- (3) вещество часто принимается в больших количествах или более продолжительный период времени, чем предполагалось
- (4) постоянное желание или безуспешные попытки прекратить или контролировать употребление вещества
- (5) много времени уходит на деятельность, необходимую для получения вещества..., употребления вещества... или восстановления от его эффектов
- (6) важные социальные, профессиональные или рекреационные виды деятельности предаются забвению или значительно уменьшаются вследствие употребления вещества
- (7) продолжение употребления вещества вопреки знанию о том, что имеется постоянная или периодически возникающая физическая или психологическая проблема, которая, вероятно, обусловлена или спровоцирована веществом

#### Уточните, если:

**С физиологической зависимостью:** свидетельства толерантности или состояния отмены (то есть либо пункт (1) или пункт (2) имеют место).

**Без физиологической зависимости:** нет данных, свидетельствующих о толерантности или состоянии отмены (то есть не имеют места ни пункт (1) ни пункт (2)).

### Критерии злоупотребления (DSM-IV)

А. Деадаптивный характер употребления вещества, приводящий к клинически значимым нарушениям или дистрессу, проявляющимся одним или более из нижеприведенных признаков, которые отмечаются в любое время в течение 12-месячного периода:

- (1) повторяющееся употребление вещества, приводящее к неспособности выполнять важные ролевые обязательства на работе, по месту учёбы или дома ...
- (2) повторяющееся употребление вещества в ситуациях, когда это опасно для

*здоровья ...*

*(3) повторяющиеся проблемы с законом, связанные с веществом...*

*(4) продолжение употребления вещества вопреки наличию постоянных или периодически возникающих социальных и межличностных проблем, обусловленных или спровоцированных эффектами вещества ...*

*В. Симптомы никогда не удовлетворяли критериям зависимости от вещества для данного класса веществ*

## Приложение D

### AUDIT - Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя

Обведите номер, наиболее близкий к ответу пациента.

#### 1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

- (0) никогда
- (1) 1 раз в месяц или реже
- (2) 2-4 раза в месяц
- (3) 2-3 раза в неделю
- (4) 4 и более раз в неделю

#### 2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?

Стандартная порция*	Водка(мл) 40 об%	Крепленое вино(мл) 17-20 об%	Сухое вино 11-13 об%	Пиво(бут.) 5 об%
(0) 1 или 2	30-60	75-150	75-150	250мл-1 б
(1) 3 или 4	90-120	225-300	300-400	1,5 б.-2 б.
(2) 5 или 6	150-180	375-450	500-600	2,5 б.-3 б.
(3) 7 или 8	210-240	525-600	700-800	3,5 б.-4 б.
(4) 10 или более	300 и более	750 и более	1000 и более	5 б. и более

#### 3. Как часто Вы выпиваете более 180мл водки (450мл вина) в течение одной выпивки?

- (0) никогда
- (1) менее, чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

#### 4. Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?

- (0) никогда
- (1) менее, чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

#### 5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?

- (0) никогда
- (1) менее, чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)

\* В оригинальном тексте приводится доза алкогольных напитков лишь в стандартных порциях. Таблица с пересчётом стандартных порций на объём распространённых алкогольных напитков подготовлена м.н.с. научной группы социальной и клинической психиатрии Минского медицинского института Е.В.Новицкой.

- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

**6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?**

- (0) никогда
- (1) менее, чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

**7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и(или) раскаяния после выпивки?**

- (0) никогда
- (1) менее, чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

**8. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?**

- (0) никогда
- (1) менее, чем 1 раз в месяц
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

**9. Являлись ли когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей?**

- (0) никогда
- (2) да, но это было более, чем год назад
- (4) да, в течение этого года

**10. Случалось ли, что Ваш родственник или знакомый, или доктор, или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?**

- (0) никогда
- (2) да, но это было более, чем год назад
- (4) да, в течение этого года

Подсчитайте и запишите полученную сумму баллов \_\_\_\_\_

Общее количество баллов равно 8 или более свидетельствует о вероятности злоупотребления алкоголем

## Приложение Е

### Лабораторные тесты

#### 1. Алкоголь

*Развёрнутый анализ форменных элементов крови (средний корпускулярный объём эритроцитов, среднее содержание гемоглобина, цитопени); тесты функции печени (г-глутамилтранспептидаза, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза); мочевиная кислота, триглицериды; переломы рёбер, выявляемые при рентгенологическом обследовании.*

#### 2. Опиоиды

*Токсикологический скрининг мочи (время определения после последнего приёма: до 2-4 дней). Если скрининг положителен для опиоидов, то при необходимости проводится подтверждающий специфический тест на морфин, кодеин и др. Результаты анализов не позволяют установить, имело ли место клиническое или незаконное употребление этих веществ. Также невозможно установить, какое вещество употреблялось - героин, кодеин или морфин, если в моче обнаружены малые концентрации морфина или кодеина. Употребление внутрь большого количества маковых семян может привести к положительному результату при иммуноферментном анализе в течение 60 часов после приёма мака. Чтобы дифференцировать употребление семян мака и приём героина необходимо определить 6-ацетилморфин (метаболит героина) с помощью газовой хроматографии и масс-спектрометрии (GC/MS). Метадон следует анализировать отдельно. Фентанил и его аналоги не определяются рутинными методами.*

#### 3. Каннабис

*Токсикологический скрининг мочи (время определения после последнего приёма: для употребляющего от случая к случаю - в течение 1-3 дней; для употребляющих постоянно и в высоких дозах - 1 месяц и более).*

#### 4. Депрессанты

*Токсикологический скрининг мочи (время определения после последнего приёма: до 1 недели; при хроническом употреблении барбитуратов - до нескольких недель; при продолжительном постоянном приёме долгоживущих бензодиазепинов - до нескольких недель и месяцев). Ксанакс (алпразолам) может не определяться рутинными методами. При подозрении на употребление алпразолама необходимо специфическое исследование с помощью газовой хроматографии и масс-спектрометрии (GC/MS).*

#### 5. Стимуляторы

*Токсикологический скрининг мочи (время определения после последнего приёма: до 24-48 часов).*

#### 6. Кокаин

*Иммунные методы анализа, хроматография и масс-спектрометрия, токсикологический скрининг мочи (время определения после последнего приёма: до 12-48 часов).*

#### 7. Галлюциногены

*Токсикологический скрининг мочи (время определения после последнего приёма:*

*для фенциклидина (PCP) - от нескольких дней до нескольких недель; для ЛСД (LSD) - до 12 часов, метаболитов ЛСД - до 2 дней), миоглобинурия, повышенные уровни КФК и креатина/билирубина для фенциклидина.*

#### **8. Ингалянты**

*Развёрнутый анализ форменных элементов крови, тесты функции печени, тесты функции почек.*



## Приложение F

**Перечень состояний, влияющих на надёжность самоотчётов  
пациентов об употреблении алкоголя и наркотиков**

<i>Состояния, способствующие ненадёжности самоотчётов</i>	<i>Состояния, способствующие надёжности самоотчётов</i>
<i>У клиента во время оценки имеется алкоголь в крови</i>	<i>Клиент трезв (нет алкоголя или наркотиков) в организме</i>
<i>Клиент переживает симптомы отмены или острого физического/психического дистресса</i>	<i>Клиент находится в стабильном состоянии и не проявляет выраженных симптомов</i>
<i>Неструктурированные, очень общие или неясные вопросы применяются для уточнения алкогольного анамнеза</i>	<i>Структурированные, тщательно разработанные методы оценки употребления алкоголя и соответствующего поведения применяются для уточнения алкогольного анамнеза</i>
<i>Клиент не знает, что самоотчёты будут проверены с использованием объективных критериев</i>	<i>Клиент знает, что самоотчёты будут проверены с использованием других источников информации (лабораторные тесты, записи, коллатеральные источники информации о клиенте)</i>
<i>С клиентом установлен минимальный контакт или в минимальном объёме проводится поддерживающее консультирование</i>	<i>С клиентом был установлен хороший раппорт</i>
<i>Клиент демонстрирует плохое выполнение терапевтических рекомендаций</i>	<i>Клиент проявляет хорошее сотрудничество по всем аспектам терапии</i>
<i>У клиента имеются явные мотивы для диссимуляции (е.г. трезвость является условием освобождения или сохранения места работы).</i>	<i>У клиента нет очевидных причин для искажений сведений об употреблении алкоголя.</i>
<i>Клиент сомневается в конфиденциальности сообщаемой информации.</i>	<i>Клиенту гарантировали конфиденциальность информации.</i>
<i>Место и приёмы проведения беседы способствуют тому, чтобы клиент сообщил об определённых формах поведения (е.г. трезвость, умеренное употребление алкоголя), но не о других (е.г. тяжёлое пьянство).</i>	<i>Место и приёмы проведения беседы способствуют правдивым ответам.</i>

*Источник: O'Farrell & Maisto*

## Приложение G

### ШКАЛА ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

#### КЛИНИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА ФОНДА ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ

(CIWA-Ar)

Пациент \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_:\_\_\_\_  
число месяц год 24 часа, полночь=00:00

Пульс (или ЧСС), замеренный в течение 1 минуты: \_\_\_\_\_ Кровяное давление: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

#### **Тошнота и рвота** - спросите

“Не испытываете ли Вы тошноты? Не было ли у Вас рвоты?” Наблюдение.

0 нет ни тошноты ни рвоты

1 лёгкая тошнота без рвоты

2

3

4 подкатывающая тошнота с позывами на рвоту

5

6

7 постоянная тошнота, частые позывы на рвоту и рвота

**Тремор** – Вытянуть вперёд руки и расставить пальцы. Наблюдение.

0 нет тремора

1 не виден, но можно ощутить, приставив кончики пальцев к кончикам пальцев

2

4 умеренный при вытянутых руках

5

6

7 выраженный, даже в любом положении рук

**Пароксизмальная потливость** – Наблюдение.

0 не заметна потливость

1 едва заметная потливость, влажные ладони

2

3

4 явные капли пота на лбу

5

6

7 профузная потливость

**Тревога** – Спросите: “Вам тревожно? Вы испытываете беспокойство?” Наблюдение.

0 нет тревоги, спокоен/спокойна

1 слегка тревожен/тревожна

2

3

4 умеренно тревожен (на), или старается контролировать себя так, что тревогу можно заподозрить

5

6

7 эквивалентна острым паническим состояниям, которые можно видеть в состоянии делирия или при острых шизофренических реакциях

**Ажитация** – Наблюдение.

0 нормальная активность

1 активность несколько выше нормальной

2

3

4 умеренная суетливость и беспокойство

5

6

7 ходит взад-вперёд на протяжении большей части беседы, или постоянно мечется

**Тактильные нарушения** – Спросите:

“Ощущаете ли Вы какое-нибудь покалывание, жжение, онемение или ползание мурашек на коже или под кожей?” Наблюдение.

0 нет

- 1 очень лёгкое жжение, покалывание или онемение
- 2 лёгкое жжение, покалывание или онемение
- 3 умеренное жжение, покалывание или онемение
- 4 умеренно выраженные галлюцинации
- 5 выраженные галлюцинации
- 6 исключительно выраженные галлюцинации
- 7 непрекращающиеся галлюцинации

**Слуховые нарушения** – Спросите: “Не беспокоят ли Вас звуки вокруг? Не кажутся ли они очень резкими? Не пугают ли они Вас? Вы что-нибудь слышите, что Вас беспокоит? Слышите ли Вы что-нибудь такое, чего на самом деле нет?” Наблюдение.

- 0 отсутствуют
- 1 в очень лёгкой степени резкость звуков или пугающий характер звуков
- 2 в лёгкой степени резкость звуков или пугающий характер звуков
- 3 в умеренной степени резкость звуков или пугающий характер звуков
- 4 умеренно выраженные галлюцинации
- 5 выраженные галлюцинации
- 6 исключительно выраженные галлюцинации
- 7 непрекращающиеся галлюцинации

**Визуальные нарушения** – Спросите : “Не кажется ли Вас свет очень ярким? Не кажутся ли изменёнными цвета? Не режет ли свет глаза? Вы что-нибудь видите, что Вас беспокоит? Видите ли Вы что-нибудь такое, чего на самом деле нет?” Наблюдение.

- 0 отсутствуют
- 1 в очень лёгкой степени резкость звуков или пугающий характер звуков
- 2 в лёгкой степени резкость звуков или пугающий характер звуков
- 3 в умеренной степени резкость звуков или пугающий характер звуков
- 4 умеренно выраженные галлюцинации
- 5 выраженные галлюцинации
- 6 исключительно выраженные галлюцинации
- 7 непрекращающиеся галлюцинации

## Головная боль, тяжесть в голове

– Спросите: “Вы не испытываете каких-либо необычных ощущений в голове? Нет ощущения, что голова как будто стянута обручем?” Не оценивайте головокругжение, или учитывайте только в определении выраженности.

- 0 отсутствует
- 1 очень лёгкая
- 2 лёгкая
- 3 умеренная
- 4 умеренно выраженная
- 5 выраженная
- 6 очень выраженная
- 7 исключительно выраженная

## Ориентировка и нарушение ясности сознания

– Спросите: “Какое сегодня число? Где Вы? Кто я?”

- 0 ориентирован и может производить порядковые сложения чисел
- 1 не может производить порядковые сложения чисел и не уверен в дате
- 2 дезориентирован в дате не более, чем на 2 календарных дня
- 3 дезориентирован в дате более, чем на 2 календарных дня
- 4 дезориентирован в месте и/или в личности

**Общий счёт CIWA-A** \_\_\_\_\_

**Инициалы оценивающего** \_\_\_\_\_

Максимально возможное количество баллов – 67

## Приложение Н

### Нефармакологические методы терапии распространённых проблем

#### 1. Бессонница (Jenike, 1985)

- a. Методики релаксации (e.g. медитация, биологическая обратная связь, йога, мысленные образы, глубокое дыхание)
- b. Регулярные физических упражнений
- c. Рекомендуйте:
  1. Ограничивать приём жидкости в вечернее время
  2. Избегать сна в дневное время
  3. Избегать физические упражнения в вечернее время
  4. Избегать кофеина, никотина и алкоголя
  5. Установить определённое время для отхода ко сну и подъёма
- d. Избегайте назначения стимулирующих медикаментов (или назначайте их в первой половине дня)
- e. Оптимально лечите имеющиеся заболевания
- f. Контролируйте боль в ночное время

#### 2. Хроническая боль

- a. Фокусируйте внимание на возрастании функции, несмотря на наличие боли
- b. Обучайте стратегиям релаксации для ослабления боли, связанной с повышенным мышечным напряжением
- c. Рекомендуйте физические упражнения или реабилитационные программы когда это возможно
- d. Направляйте пациента для включения в специальные программы терапии боли, когда поведение, связанное с хронической болью, значительно нарушает деятельность пациента или когда пациент не поддаётся простым вышеперечисленным методам лечения
- e. В процессе терапии боли у пациентов в терминальных состояниях не следует уделять большое внимание такому осложнению, как развитие зависимости
- f. Если возможно, применяйте мультидисциплинарный подход

#### 3. Стресс и тревога

- a. Обучайте методам релаксации
- b. Когнитивно-бихевиоральный тренинг навыков
- c. Стратегии разрешения проблем
- d. Стратегии менеджмента времени
- e. Рекомендуйте программы физических упражнений и/или занятия йогой
- f. Направляйте в программы бихевиоральной терапии или на консультацию

## Приложение I

### Группы самопомощи

Преимуществом групп самопомощи является то, что они предоставляют своим членам социальную поддержку для нового образа жизни, что время встреч может быть очень гибким, и что они являются эффективными с точки зрения затрат и результата. Группы самопомощи организуются людьми, которые нуждаются в поддержке в определённых сферах жизни, и поэтому группы могут действовать так, чтобы наилучшим образом отвечать индивидуальным потребностям и представлениям своих членов.

#### **1. Алкоголики Анонимные (А.А.)**

Общества “Алкоголики Анонимные” были основаны в США в 30-х годах. Алкоголизм рассматривается как прогрессирующее заболевание; оно не может быть излечено, но может быть остановлено при воздержании от употребления алкоголя в течение всей жизни. Члены А.А. проходят через 12 шагов при соблюдении 12 традиций. В программе есть духовный элемент - убеждение в том, что вера в “вышнюю силу” является главной для выздоровления. Другой важной чертой является то, что от постоянных членов групп ожидается помощь и предоставление советов новым членам. На регулярных встречах выздоравливающие алкоголики рассказывают истории своей жизни. От членов А.А. ожидается, что они будут продолжать посещать встречи всю оставшуюся жизнь.

#### **2. Наркоманы Анонимные (N.A.)**

Наркоманы Анонимные являются аналогом А.А. за исключением того обстоятельства, что предназначены для употребляющих нелегальные наркотики.

#### **3. Аланон (для супругов) и Алатин (для подростков)**

Аланон и Алатин предоставляют помощь для членов семей злоупотребляющих алкоголем.

#### **4. Рациональное Выздоровление**

Рациональное Выздоровление является альтернативой А.А. Основывается на рациональной эмотивно-бихевиоральной терапии. В основе лежит предпосылка, что люди способны принимать свои собственные решения при усвоении и практическом применении более эффективных адаптивных стратегий.

#### **5. Женщины за Трезвость**

Женщины за Трезвость - это группы самопомощи специально для женщин. Основываются также на 12 шагах, но в своей деятельности учитывают специальные проблемы, с которыми сталкиваются женщины, как, к примеру, недостаточное влияние в обществе.

## Приложение J

### ДЕСЯТЬ СТРАТЕГИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОТНОШЕНИИ АЛКОГОЛЯ

Научные исследования и успешные примеры в странах свидетельствуют о возможности достижения значительных преимуществ в плане здоровья и экономических выгод для Европейского региона, если будут выполняться нижеследующие десять способствующих укреплению здоровья стратегий деятельности в отношении алкоголя для внедрения в жизнь вышеприведённых этических принципов и целей, в соответствии с различными культурными, социальными, правовыми и экономическими условиями в каждом из государств-членов.

**1** Информирование людей о последствиях потребления алкоголя для здоровья, семьи и общества и об эффективных мерах, которые могут быть приняты для предупреждения или сведения к минимуму ущерба, путём создания масштабных просветительных программ начиная с раннего детства.

**2** Пропаганда общественной, частной и трудовой сред обитания, защищённых от несчастных случаев, насилия и других отрицательных последствий потребления алкоголя.

**3** Принятие и обеспечение выполнения законов, направленных на эффективное недопущение возведения в состоянии опьянения.

**4** Укрепление здоровья путём контроля за наличием, например для молодёжи, и воздействием на ценообразование алкогольных напитков, например с помощью механизма налогообложения.

**5** Осуществление строгого контроля, признавая имеющиеся в некоторых странах запреты, за прямым и косвенным рекламированием алкогольных напитков и обеспечение того, чтобы никакая форма рекламирования не была направлена специально и конкретно на молодёжь, например, путём увязывания алкоголя со спортивными событиями и мероприятиями.

**6** Обеспечение доступности эффективных служб лечения и реабилитации - с помощью полу-жившего необходимую подготовку персонала - для лиц с опасным или причиняющим ущерб потреблением алкоголя и для членов их семей.

**7** Усиление морально-этической и юридической ответственности тех, кто причастен к сбыту или обслуживанию с предложением алкогольных напитков, обеспечение строгого контроля за безопасностью продукции, а также выполнение соответствующих мер, направленных на борьбу с противозаконным производством и продажей.

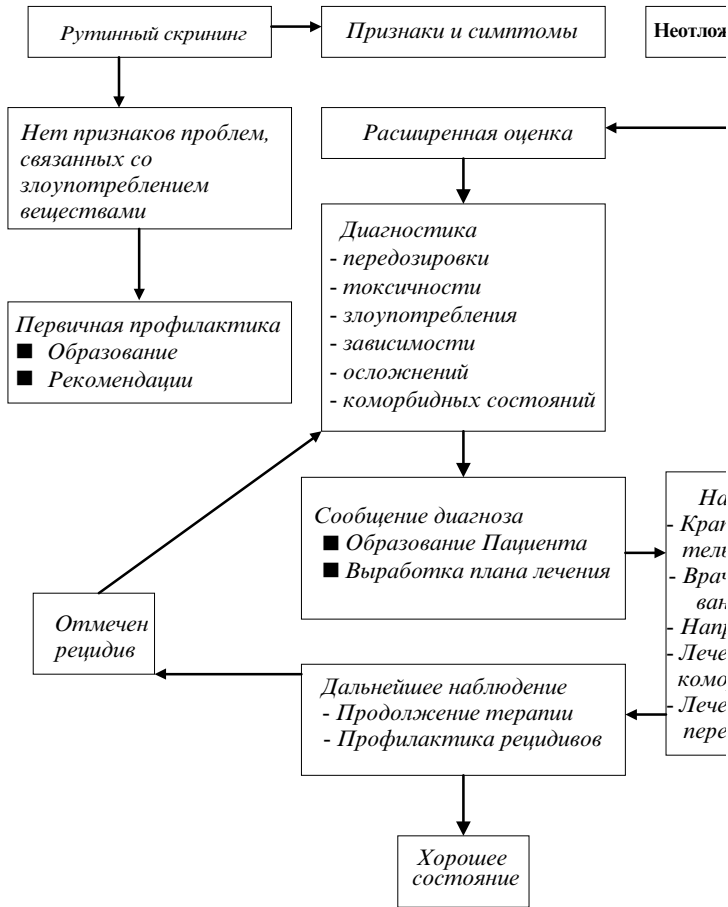
**8** Усиление способности общества решать связанные с алкоголем проблемы путём подготовки и обучения специалистов различных секторов, таких как здравоохранение, социальное обеспечение, просвещение и судопроизводство, наряду с усилением коммунально-общинного развития и руководства.

*9* Поддержка неправительственных организаций и движений самопомощи, способствующих укреплению здорового образа жизни особенно тех, что стремятся предупредить или сократить связанный с алкоголем ущерб.

*10* Создание на широкой основе алкогольных программ в странах с учётом настоящей Европейской хартии по алкоголю; разработка ясных и чётких задач и показателей конечных результатов; мониторинг достижений; а также обеспечение периодического обновления прог-рамм на основе оценки.

Приложение К

**Роль бригады первичного звена медицинской помощи в лечении и профилактике состояний, вызванных употреблением психоактивных веществ**





## Приложение L

## Список литературы

1. Ball J.C., Ross A. *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer-Verlag, 1991.
2. Brown University ADEPT – Alcohol and Drug Education for Physician Training in Primary Care. Rhodes Island: Brown University, Center for Alcohol and Addiction Studies, 1987.
3. Buisman W.R. *Drug Education: Programmes and Methodology. An Overview of Opportunities for Drug Prevention*. Paris: UNESCO, Preventive Education Series, 1995.
4. Daley D.C., Moss H.B., Campbell F. *Dual Disorders: Counseling Clients with Chemical Dependency and Mental Illness*. Minnesota: Hazelton Educational Materials, 1993.
5. Dennison S.J. *Diagnosing Chemical Dependency: A Practical Guide for the Health Care Professional*. Springfield, Illinois: C.C. Thomas, 1993.
6. *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.
7. Fleming M.F. *Addictive Disorders*. St. Louis: Kristen Lawton Barry, Mosby Year Book, 1992.
8. Galanter M., Kleber H.D. (Eds.). *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*. Washington, London: American Psychiatric Press, 1994.
9. Gallant D.S. *Alcohol and Drug Abuse Curriculum Guide for Psychiatric Faculty*. Washington, National Institute of Abuse, 1982.
10. Harkin A., Anderson P., Lehto J. *Alcohol in Europe – A Health Perspective*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995.
11. Heather N. *Crisis Intervention*. In: *Treatment Approaches to Alcohol Problems*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, European Series, No 65, 1995.
12. Iber F.L. *Alcohol and Drug Abuse as Encountered in Office Practice*. Boca Raton Florida: CRC Press, 1991.
13. Lowinson J.H., Ruic P., Millman R.B. (Eds.). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. 2<sup>nd</sup> edition. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkens, 1992.
14. MacDonald D., Patterson V. *Drug Training: Learning About Drugs and Working with Drug Users*. London, New York: Routledge, 1991.
15. Millner W.R., Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: Guilford Press, 1991.
16. Schuckit M.A. *Drug and Alcohol Abuse. A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment* (4<sup>th</sup> edition). New York and London: Plenum Medical Book Company, 1995.
17. *The College of Family Physicians of Canada. Alcohol Risk Assessment and Intervention (ARAI): Resource Manual for Physicians*. Mississauga: College of Family Physicians of Canada, 1994.
18. Vaillant G.E. *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, M.A., Harvard University Press, 1983.

**Для заметок**

Для заметок

**Для заметок**