

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром зависимости от психоактивных веществ. Клинические рекомендации. Проект

Состав рабочей группы:

Председатель

Брюн Е.А. д.м.н., профессор

Члены рабочей группы

Агибалова Т.В. д.м.н.

Бедина И.А. к.м.н.

Бузик О.Ж. д.м.н.

Винникова М.А. д.м.н., профессор

Кошкина Е.А. д.м.н., профессор

Михайлов М.А. к.м.н.

Надеждин А.В. к.м.н.

Поплевченков К.Н. к.м.н.

Тетенова Е.Ю. к.м.н.

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»
109390, Москва, ул. Люблинская, д. 37/1

Представлен проект клинических рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. **Список сокращений:** АД — артериальное давление; АС — абстинентный синдром; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ВЭЖХ — высокоэффективная жидкостная хроматография; ГАМК — гамма-аминомасляная кислота; Гамма-ГТ — гамма-глутамилтрансфераза (gamma-glutamyltransferase); ГХ — газовая хроматография; ДА — дофамин; ЖЕЛ — жизненная емкость легких; ИФА — иммуноферментный анализ; КА — катехоламины; ЛР — летучие растворители; ЛРП — лечебно-реабилитационная программа; ЛС — лекарственные средства; ЛСД (LSD) — диэтиламид лизергиновой кислоты, lysergic acid diethylamide. Аббревиатура сохранилась от нем.: Lysergsäurediethylamid; МИ — мотивационное интервью; МКБ-10 — международная классификация болезней 10-го пересмотра; МР — медицинская реабилитация; МС — масс-спектрометрия; НА — норадреналин; НД — наркологический диспансер; НЯ — нежелательное явление; ПАВ — психоактивное вещество; ПТ — психотерапия; СЗ — синдром зависимости; СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; СИОЗСН — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина; УЗИ — ультразвуковое исследование; УНП ООН — Организация Объединенных Наций, Управление по наркотикам и преступности; УРП — уровень реабилитационного потенциала; ЦНС — центральная нервная система; ЧДД — число дыхательных движений; ЧСС — частота сердечных сокращений; ЭКГ — электрокардиограмма; Эхо-ЭГ — эхоэнцефалография; ЭЭГ — электроэнцефалограмма; MDMA (МДМА) — methylenedioxyamphetamine (метилendioксиметамфетамин); Rg — рентгенография; 5-HT (5-hydroxytryptamine) — 5-гидрокситриптамин, серотониновый рецептор.

Ключевые слова: синдром зависимости; синдром отмены; абстинентный синдром; психоактивные вещества; психические расстройства; поведенческие расстройства; клинические рекомендации.

Для цитирования: Брюн Е.А., Агибалова Т.В., Бедина И.А., Бузик О.Ж., Винникова М.А., Кошкина Е.А., Михайлов М.А., Надеждин А.В., Поплевченков К.Н., Тетенова Е.Ю. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром зависимости от психоактивных веществ. Клинические рекомендации. Проект. *Наркология* 2019; 18(2): 3-59.

DOI: 10.25557/1682-8313.2019.01.03.3-59

Автор для корреспонденции: Брюн Евгений Алексеевич; **e-mail:** mnpcn@zdrav.mos.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 15.01.2019.

Mental and behavioral disorders caused by the use of psychoactive substances. The syndrome of addiction to psychoactive substances. Clinical guidelines. Project

Bryun E.A., Agibalova T.V., Bedina I.A., Buzik O.Zh., Vinnikova M.A., Koshkina E.A., Mikhailov V.A., Nadezhdin A.V., Poplevchenkov K.N., Tetenova E.Yu.

Moscow Research and Practical Centre on Addictions of the Moscow Department of Healthcare Moscow, Russia

The article presents draft clinical guidelines on psychoactive substances addiction syndrome diagnosis, treatment and prevention.

Keywords: addiction syndrome; withdrawal syndrome; withdrawal syndrome; psychoactive substances; mental disorders; behavioral disorders; clinical guidelines.

For citation: Bryun E.A., Agibalova T.V., Bedina I.A., Buzik O.Zh., Vinnikova M.A., Koshkina E.A., Mikhailov V.A., Nadezhdin A.V., Poplevchenkov K.N., Tetenova E.Yu. Mental and behavioral disorders caused by the use of psychoactive substances. The syndrome of addiction to psychoactive substances. Clinical guidelines. Project. *Narkologia [Narcology]* 2019; 18(2): 3-59.

DOI: 10.25557/1682-8313.2019.02.03.3-59

Corresponding author: Bryun Evgeny; e-mail: mnpcn@zdrav.mos.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Accepted: 15.01.2019.

Термины и определения

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

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

Краткосрочная интервенция — специфическая лечебная стратегия, имеющая целью помочь индивиду прекратить или сократить употребление психоактивных веществ (ПАВ). Представляет собой короткое собеседование, которое состоит из оценки уровня потребления ПАВ, информирования о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления ПАВ, обсуждения факторов, стимулирующих и тормозящих употребление ПАВ, поиска факторов, способствующих воздержанию.

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

Перекрестная толерантность (англ. cross-tolerance) — развитие толерантности к веществу, воздействию которого индивидум ранее не подвергался, в результате приема другого вещества. Оба вещества, как правило, но не обязательно, имеют схожее фармакологическое действие.

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

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

Синдром зависимости — это сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ или класса веществ занимает в системе ценностей больного ведущее место; заболевание мозга, сходное по своему течению с другими хроническими болезнями и проявляющимся комплексом поведенческих нарушений, являющихся результатом взаимодействия генетических, биологических, психосоциальных факторов и влияния окружающей среды.

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

Толерантность («выносливость») — прогрессирующее ослабление желаемого психотропного эффекта ПАВ (эйфория, успокоение, расслабление и др.), что заставляет больного повышать дозы и учащать прием ПАВ. В основе лежит физиологический механизм адаптации организма к токсическому действию ПАВ.

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

1. Краткая информация

1.1. Определение

Синдром зависимости (СЗ) — комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который возникает после повторного использования вещества и обычно включает сильное желание принять его; трудности в контроле его употребления; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления психоактивного вещества (ПАВ) в ущерб другим видам деятельности и выполнению обязанностей; возрастание допустимых пределов употребления и иногда состояние абстиненции.

СЗ может быть по отношению к определенному веществу (например, табаку, алкоголю или диазепаму), классу веществ (например, опиатным наркотикам) или к широкому ряду фармакологически различных ПАВ (определение по МКБ-10).

Синонимы: наркомания, наркотическая зависимость.

1.2. Этиология и патогенез

Влияние наркотиков на организм человека, его жизнедеятельность и функции, проявляется в трех различных направлениях:

1) ПАВ специфически влияют на определенные системы и структуры мозга, вызывая, таким образом, раз-

витие СЗ. Именно этот синдром является ведущим, стержневым в клинической картине наркологических заболеваний;

2) ПАВ обладают токсическим воздействием практически на все внутренние органы и системы организма. Несмотря на то, что токсическое поражение различных органов не связано напрямую с проявлением синдрома зависимости, в то же время временная нетрудоспособность, инвалидизация и смертность больных наркологической патологией чаще всего обусловлены именно последствиями и осложнениями токсических эффектов ПАВ;

3) сформированный СЗ у родителей влияет на потомство. Многочисленными медико-генетическими исследованиями доказано, что у детей, родившихся от больных алкоголизмом или наркоманиями, существенно повышен риск развития этих заболеваний. Кроме того, у большинства из них выступают те или иные характерологические и поведенческие расстройства: повышенная возбудимость, агрессивность, склонность к риску, развитию депрессивных состояний и т.д. [1]. Потребление алкоголя матерью в период беременности приводит к развитию алкогольного синдрома плода, а использование ею наркотиков может стать причиной рождения ребенка с сформировавшейся наркотической зависимостью [1].

Механизм развития СЗ от наркотиков при экзогенном их введении, по сути своей, едины [1], на современном этапе это уже считается доказанным фактом. В патогенезе наркоманий участвуют, в основном, следующие нейромедиаторные системы [1, 2, 3]:

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

2) эндогенная опиоидная система

3) ГАМК-ергическая система (ГАМК — гамма-аминомасляная кислота)

4) N-метил-D-аспаратная система

5) эндогенные лиганды каннабиноидных рецепторов (анандамид и палмитоилэтаноламид).

В патогенезе СЗ от опиатов, различных психостимуляторов основную роль играют системы 1—3. При длительном приеме ПАВ развивается дефицит нейромедиаторов. В качестве механизма компенсации выступает усиленный синтез КА и подавление активности ферментов их метаболизма, в первую очередь монооксидазы и дофамин-β-гидроксилазы, контролирующей превращение дофамина (ДА) в норадреналин (НА). Происходит формирование ускоренного кругооборота КА. При прекращении приема ПАВ усиленный высвобождение КА из депо прекращается, но остается ускоренным их синтез. Вследствие изменения активности ферментов в биологических жидкостях и тканях (главным

образом в мозге) происходит накопление ДА. Именно этот процесс обуславливает развитие основных клинических признаков абстинентного синдрома (АС). Уровень ДА в крови четко коррелирует с клинической тяжестью АС: превышение его исходных показателей в два раза сочетается с картиной тяжелого АС, при превышении в три раза, как правило, развивается острое психическое состояние [1]. При развитии АС уровень ДА повышается независимо от принадлежности ПАВ, вызвавшего зависимость, к той или иной химической группе. Поэтому основная мишень терапевтического воздействия при всех типах зависимости от ПАВ — регуляция и нормализация функций мезолимбической дофаминовой системы мозга.

При СЗ от каннабиноидов основная роль принадлежит каннабиноидным рецепторам, которые распределены неодинаково в разных участках мозга. Большинство из них расположено в базальных ядрах, гиппокампе и коре головного мозга. В целом, до настоящего времени роль каннабиноидной системы выяснена недостаточно, но предполагается что она играет роль в познании, запоминании, воспроизведении, восприятии и моторной координации.

Патогенез СЗ от седативно-снотворных средств близок к патогенезу алкогольной зависимости и также связан с влиянием на системы 1—4.

Патогенез СЗ от галлюциногенов открыт с 1950-х годов, связан с нарушением серотонинергической передачи. Галлюциногены имеют структуру, сходную с серотонином (5-НТ). Выраженность галлюциногенного действия коррелирует со степенью сродства к постсинаптическому 5-НТ₂-рецептору. Галлюциногены способны угнетать спонтанную активность самих серотонинергических нейронов. За счет этого уровень нейромедиатора в ЦНС не только не понижается, но, напротив, существенно возрастает. В результате происходит смещение баланса процессов торможения и возбуждения внутри самой серотонинергической системы.

Механизм действия ингалянтов, а, соответственно, и звенья патогенеза СЗ от ингалянтов до конца пока еще неясен. Имеются указания на схожесть действия отдельных ингалянтов с эффектом этанола. Они основаны на стимуляции ГАМК и глицин-а1 рецепторов, а также на ингибировании N-метил-D-аспартат рецепторов, приводящих к подавлению центральной нервной системы (ЦНС).

1.3. Эпидемиология

Алкоголь, конечно, остается наиболее употребляемым ПАВ в мире, его потребление занимает особое

место в перечне ведущих факторов риска популяционного здоровья человечества [4, 5].

Из незаконных наркотиков самым распространенным в мире по-прежнему остается каннабис. Потребление каннабиса растет и продолжает оставаться на высоком уровне в Западной и Центральной Африке, Западной и Центральной Европе, и Океании, а также в Северной Америке [6]. Кроме того, различные страны сообщают о продолжающемся росте как количества, так и многообразия синтетических каннабиноидов. В ежегодном докладе по наркотикам УНП ООН (Управление по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций) 2013 года сообщалось, что на долю синтетических каннабиноидов среди всех новых ПАВ приходилось 23%. По состоянию на декабрь 2014 года информационная система раннего предупреждения УНП ООН получила от 95 стран и территорий сообщения о 541 новых ПАВ, доля синтетических каннабиноидов в структуре новых ПАВ составляла уже 39% [6, 7]. В 2016 году каннабис также оставался самым распространенным наркотиком. Согласно данным УНП ООН, число людей, употребляющих каннабис, продолжает расти: за период 2006—2016 гг. оно выросло на ≈16%, что соответствует приросту мирового населения за тот же период [8].

Кокаин и амфетамины являются вторыми после каннабиноидов в мире [7, 8, 9, 10]. Наиболее распространено употребление амфетаминов в Америке, странах Океании, растет число пользователей амфетаминов, метамфетаминов в странах Азии, в Западной и Центральной Европе и Латинской Америке наблюдается рост потребителей «экстази» [8].

На третьем месте по частоте употребления находятся опиаты [8], однако тяжесть последствий их употребления сложно переоценить. Так, например, в доле смертей, связанных с употреблением наркотиков, на опиаты приходится 76% [9].

По числу обращений за медицинской помощью по поводу злоупотребления ПАВ лица с зависимостью от ингалянтов (летучих растворителей (ЛР)) находятся на четвертом месте. В настоящее время в мире с той или иной частотой потребляют наркотические средства 13,1% детей, подростков и молодежи в возрасте 11—24 года. Это примерно 4 миллиона человек. Ингалянты хотя бы один раз пробовали 9% учащихся 15—16 лет [11].

В настоящее время злоупотребление барбитуратами распространено не широко. Более частое употребление седативно-снотворных препаратов сейчас регистрируется в среде пациентов, участвующих в программах заместительной опиоидной терапии. Например, во Франции злоупотребляют бензодиазепинами 45% пациентов, в Германии — до 70%. Частота злоупотребле-

ния бензодиазепинами увеличивается с продолжительностью заместительного лечения. Высокие цифры злоупотребления седативно-снотворными средствами отмечаются среди потребителей опиатов в тюрьмах. Так, в 2014 году в 38 итальянских тюрьмах было обнаружено, что 85% потребителей опиатов злоупотребляли БЗД. Ирландия, Финляндия и Румыния являются странами, где более 5% пациентов в 2014 году сообщили о применении седативно-снотворных средств в качестве основного наркотика. До недавнего времени в США и ряде других стран прием таблеток барбитуратов в повышенных дозах был одним из самых распространенных способов самоубийства [12, 13, 14].

Распространенность зависимости от галлюциногенов невелика. Развивается, благодаря психоделическому движению в современной культуре. Психологическая привлекательность употребления галлюциногенов заключается в том, что в состоянии интоксикации у человека обостряется восприятие мира, возникают необычные, ранее не испытанные чувства, оживляются воспоминания далекого прошлого, нередко происходит отреагирование прежних психических травм. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что употребляют галлюциногены не реже 2—3 раз в неделю (что может служить косвенным признаком сформированного синдрома зависимости) 5,6% подростков и молодежи [11].

В России в отношении распространенности наркоманий наблюдаются следующие тенденции. В 2015 г. специализированными наркологическими учреждениями зарегистрировано 311785 человек (213,2 на 100 тыс. населения); в 2016 году — 292 407 человек (199,5 на 100 тыс. населения). Общее число зарегистрированных потребителей наркотиков (включая больных наркоманией и лиц с пагубным употреблением наркотиков) в 2016 г. составило 495982 человека, (338,5 на 100 тыс. населения). Среди зарегистрированных пациентов с синдромом зависимости от наркотиков в 2015 г. большинство составили лица с опиатной зависимостью: в 2015 г. — 74,0%, в 2016 г. — 69,6%. Второе ранговое место занимает группа пациентов с полинаркоманией и зависимых от других наркотиков: 2015 г. — 12,9%, 2016 г. — 15,8% (галлюциногены, седативно-снотворные средства, ингалянтные растворители), больные с зависимостью от каннабиса заняли третье ранговое место: 2015 г. — 9,0%, 2016 г. — 9,6%. На четвертом месте — группа пациентов с зависимостью от психостимуляторов: 2015 г. — 4,1%, 2016 г. — 4,9% (амфетамины, кокаин и т.п.) [15, 16]. За период с 2015 по 2016 г. динамика показателей общей заболеваемости различными формами наркоманий носила разнонаправленный характер. Так, за-

болеваемость опиатной наркоманией уменьшилась со 157,5 на 100 тыс. населения до 138,9, или на 12%. Заболеваемость каннабиноидной наркоманией осталась на прежнем уровне (2015 г. — 19,3 и 2016 г. — 19,2 на 100 тыс. населения). Наблюдался значительный рост показателя общей заболеваемости у пациентов с зависимостью от других наркотиков и полинаркоманией — с 27,5 до 31,5 на 100 тыс. населения, или на 14,5%; а также с зависимостью от психостимуляторов — с 8,6 до 9,8 на 100 тыс. населения, или на 13,7% [16].

Эпидемиологические данные по распространенности кофейновой токсикомании отсутствуют, хотя в имеющихся литературных источниках она оценивается, как низкая [17].

1.4. Кодирование по международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10)

В МКБ-10¹ синдром зависимости от различных видов ПАВ (алкоголь, опиаты, каннабиноиды, седативные и снотворные средства, кокаин, другие психостимуляторы, включая кофеин, галлюциногены, никотин, ЛР) рассматривается в одном разделе: F1x.2.

Уточнение вида употребляемого ПАВ проводится по третьему знаку (**табл. 1**).

Диагноз «Наркомания» устанавливается только в том случае, если ПАВ включено в «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (Список 1,2,3)»². То есть, в случаях зависимости от седативных или снотворных веществ (F13), стимуляторов (F15), галлюциногенов (F16), ингалянтов (F18), употребления нескольких седативных веществ (F19), в коде психические расстройства ставится русская буква «Н», если ПАВ находится в «Перечне...», ставится русская буква «Т», если ПАВ не находится в «Перечне...». В последнем случае расстройство квалифицируется как «токсикомания». Данные буквы устанавливаются в конце шифра.

¹ Психические расстройства и расстройства поведения (F00 — F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланд В.Б. М.: Минздрав России; 1998. 512 с.

² Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О наркотических средствах и психотропных веществах» (с изм. и доп., вступ. в силу с 04.07.2016)

Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 №681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 27, ст. 3198; 2006, N 29, ст. 3253)

Постановление Правительства РФ от 4 июля 2007 г. N 427 «О внесении изменений в некоторые постановления Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств и психотропных веществ»

1.5. Классификация

Формулировка диагноза по МКБ-10 имеет большое значение в юридическом (ограничение видов деятельности в связи учетом в наркологическом диспансере (НД)), статистическом и клиническом аспектах. Диагноз «синдром зависимости» предполагает соответствие диагностическим критериям, приведенным в МКБ-10, и требует соответствующих уточнений (табл. 2).

2. Диагностика

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

2.1. Жалобы и анамнез

• Рекомендуется при сборе анамнеза выявлять, что употребление ПАВ (опиатов, каннабиноидов, седативных и снотворных средств, кокаина, других психостимуляторов, включая кофеин, галлюциногенов, ингалянтов) приводит к, по меньшей мере, трём клинически значимым нарушениям, приведенным ниже, в течение 12-месячного периода [1, 18, 19, 20]:

— ПАВ часто принимается в больших количествах или в течение более длительного периода, чем предполагалось;

— присутствует постоянное стремление или безуспешные усилия по сокращению или контролю употребления ПАВ;

— увеличение количества времени, затрачиваемое на поиски ПАВ и его употребление, несмотря на негативные последствия, с этим связанные;

— сильное (непреодолимое) желание принять ПАВ;
 — забвение основных интересов и обязанностей;
 — продолжение употребления ПАВ, несмотря на постоянные или повторяющиеся социальные или межличностные проблемы, вызванные или усугубляемые воздействием ПАВ;

— сформированный синдром отмены;

— толерантность, определяемая одним из следующих признаков:

а — для достижения опьянения или желаемого эффекта необходимо заметно увеличенное количество ПАВ;

б — при постоянном употреблении такого же количества ПАВ опьянение или желаемый эффект достигаются заметно труднее.

Уровень GPP

Комментарии: СЗ, по сути, заменяет собой понятие «наркологическая болезнь», как нозология. Именно с этим связан феномен существования «синдрома в синдроме». СЗ включает в себя, по меньшей мере, еще 3 синдрома: синдром патологического влечения к ПАВ, синдром отмены, синдром психической деградации. Некоторые исследователи выделяют и толерантность, как самостоятельный синдром. Согласно МКБ-10, структура синдрома зависимости образована 7 признаками (табл. 2), однако вклад в диагностику каждого отдельного признака неодинаков.

• Рекомендуется при подозрении на синдром зависимости от опиатов выяснять жалобы на:

— влечение к опиатам, связанные с этим нарушения настроения, сна, поведения;

— токсические поражения печени, сердечно-сосудистой системы, других органов и систем, вирусные гепатиты, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).

Таблица 1

Формализация диагноза по МКБ-10

Код	Соответствие коду
F11.2xx	Синдром зависимости от опиатов
F12.2xx	Синдром зависимости от каннабиноидов
F13.2xx	Синдром зависимости от седативных или снотворных веществ (F13.3xx-Т; F13.3xx-Н)
F14.2xx	Синдром зависимости от кокаина
F15.2xx	Синдром зависимости от других стимуляторов, включая кофеин (F15.3xx-Т; F15.3xx-Н)
F16.2xx	Синдром зависимости от галлюциногенов (F16.3xx-Т; F16.3xx-Н)
F18.2xx	Синдром зависимости от ингалянтов (F18.3xx-Т; F18.3xx-Н)
F19.2xx	Синдром зависимости от нескольких ПАВ (F19.3xx-Т; F19.3xx-Н)

Примечание. ПАВ — психоактивное вещество

— снижение умственной работоспособности, снижение чувства долга, притупление высших эмоций (чувства совести, долга, заботы, сострадания и т.п.) и усиление низших (эгоизм, раздражительность, любовь к наслаждениям, паразитические тенденции и проч.) [1, 18, 19, 20].

Уровень GPP

Комментарии: Заболевание формируется в сжатые сроки, стремительно. Зачастую бывает невозможно проследить переход с эпизодического употребления на систематический прием. Сроки формирования АС также весьма короткие, соответственно, быстро формируется вторая и третья стадии заболевания, когда присоединяются сомато-неврологические осложнения.

Основными признаками начальной (первой) стадии зависимости от опиатов являются: психическая зависимость (син.: патологическое влечение к наркотику);

влечение к наркотику; болезненное пристрастие); переход от эпизодического употребления к систематическому; рост толерантности. В этот период физическая зависимость (абстинентный синдром) еще не сформирована.

Возникновение АС при опийной наркомании свидетельствует о формировании качественно нового этапа заболевания — второй (средней) стадии зависимости от опиатов. Толерантность на этом этапе имеет тенденцию к росту, но уже может достигать максимальных цифр. В целом, переносимость опиатов значительно превышает летальные для здорового человека дозы³.

³ Летальная доза, то есть доза, вызывающая смертельный исход, для каждого организма индивидуальна. Она рассчитывается, исходя из показателя токсичности вещества (ld50) и массы тела. Группа морфийных препаратов угнетает дыхательный центр, вызывает тошноту, рвоту, летальная доза при приеме внутрь 0,3—1,4 г (только для природных алкалоидов). У больных опийной наркоманией эта доза может увеличиться в 10—15 раз или более.

Таблица 2

Постановка диагноза синдрома зависимости: F 1x.2

Категории	Определения
Определение	Сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление ПАВ или класса веществ занимает в системе ценностей больного ведущее место (<i>определение по МКБ-10</i>). Зависимость от ПАВ является заболеванием мозга, сходным по своему течению с другими хроническими болезнями и проявляющимся комплексом поведенческих нарушений, являющихся результатом взаимодействия генетических, биологических, психосоциальных факторов и влияния окружающей среды [1].
Диагностические критерии	<p>Диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии трех и более нижеперечисленных симптомов в течение некоторого времени за предыдущий год:</p> <p>Сильная (иногда непреодолимая) потребность принять ПАВ.</p> <p>Нарушение способности контролировать длительность приема и дозировку вещества.</p> <p>Синдром отмены (F1x.3 и 1x.4), характерный для данного вещества.</p> <p>Использование другого вещества для облегчения или избегания синдрома отмены.</p> <p>Признаки толерантности, такие, как повышение дозы вещества для достижения такого эффекта, который достигался ранее меньшей дозой, иногда превышающее предел переносимости.</p> <p>Прогрессирующее забвение других интересов и удовольствий, кроме употребления вещества.</p> <p>Продолжение приема вещества, несмотря на негативные последствия.</p>
Уточнения	<p>Характер синдрома зависимости <i>в настоящее время</i> уточняется пятым знаком:</p> <p>F1x.20.. в настоящее время воздержание</p> <p>F1x.21.. в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (больница, тюрьма, иное)</p> <p>F1x.22.. в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии</p> <p>F1x.23.. в настоящее время под клиническим наблюдением, но на лечении, вызывающем отвращение или блокирующими лекарствами</p> <p>F1x.24.. в настоящее время употребление ПАВ.. постоянное употребление</p> <p>F1x.25.. эпизодическое употребление</p> <p><i>Стадия</i> синдрома зависимости уточняется шестым знаком:</p> <p>F1x.2x1.. начальная (первая) стадия</p> <p>F1x.2x2.. средняя (вторая) стадия</p> <p>F1x.2x3.. конечная (третья) стадия</p> <p>F1x.2x9.. стадия не известна</p>
Пример диагноза	F11.252. Синдром зависимости от опиатов. Постоянная форма употребления. Средняя стадия.

Примечание: ПАВ — психоактивное вещество, МКБ-10 — международная классификация болезней 10 пересмотра.

Характер острой интоксикации меняется по мере развития толерантности к опиатам: эйфория видоизменяется, становится значительно короче по сравнению с тем, что наблюдалось в первой стадии, при этом под действием наркотика больной становится активным, может сосредоточиться и выполнять какую-либо работу. Длительность средней стадии зависимости от опиатов различна и составляет, в среднем, 5—10 лет.

В третьей (конечной) стадии значительно изменяется действие наркотика: эйфория после введения наркотиков не наблюдается. Стимулирующее действие опиатов так же, как и на второй стадии, преобладает: наркотики вводятся больными только для поддержания работоспособности, нормального настроения, для предотвращения развития АС. Толерантность снижается. Существенно видоизменяется характер абстинентного синдрома: алгические симптомы становятся менее выраженными по сравнению с тем, что наблюдалось ранее, могут ограничиваться общим мышечным дискомфортом. Преобладают психопатологические (влечение к наркотику, сниженное настроение, суицидальные мысли) и/или астенические (вялость, слабость, упадок сил) расстройства. С другой стороны, абстинентный синдром имеет затяжной характер, его длительность может достигать 5—6 недель. Присоединяются различные соматические осложнения: токсические поражения печени, сердечно-сосудистой системы, других органов и систем, вирусные гепатиты, ВИЧ. Работоспособность снижена. Все время выражено влечение к наркотикам. Даже по прошествии нескольких месяцев у больных сохраняется вялость, слабость, общее недомогание.

• Рекомендуется при подозрении на синдром зависимости от каннабиноидов выяснять жалобы на:

— влечение к каннабиноидам, связанные с этим нарушения настроения, сна, поведения;

— апатию, пассивность, снижение уровня побуждений, неспособность заниматься деятельностью, требующей сосредоточенности и внимания, снижение интеллектуальных способностей, ослабление памяти (амотивационный синдром) [1, 18, 19, 20].

Уровень GPP

Комментарии: *Существуют отличительные особенности формирования и динамики синдрома зависимости, вызванного употреблением каннабиноидов:*

1) *Темп развития заболевания медленный: скорость формирования физической зависимости (абстинентного синдрома) с момента начала систематического употребления — от 8 лет и более. Эпизодическое (нерегулярное) употребление каннабиноидов может быть достаточно длительным, в течение нескольких лет.*

2) *Психические признаки зависимости преобладают над физическими.*

3) *Так как чаще всего каннабиноиды употребляются в виде курения или внутрь, то нет вирусных осложнений (гепатиты, ВИЧ), сердечно-сосудистых осложнений (кардиомиопатии, венозная недостаточность), сопровождающих парентеральное употребление ПАВ.*

4) *Так как метаболизм каннабиса не связан с появлением токсических метаболитов (таких, как ацетальдегид, например), то и сомато-неврологические последствия заболевания (токсическая полинейропатия) не характерны.*

5) *Основной опасностью употребления каннабиноидов является переход к злоупотреблению другими ПАВ (опиатами, алкоголем).*

Толерантность при хроническом употреблении каннабиноидов нарастает медленно. Признаками ее роста могут служить следующие: гашиш (или иной каннабиноид) перестают употреблять вместе с алкоголем, курят уже без примеси табака, в одиночку, употребляют теплое питье для усиления эффекта.

Конечная (третья) стадия зависимости от каннабиноидов встречается редко, может наступать через 10 и более лет систематического злоупотребления каннабиноидами. Толерантность снижается по сравнению с плато толерантности, которое наблюдалось на второй стадии, наркотик оказывает только тонизирующее действие.

Часты психозы с шизофреноподобной галлюцинозоподобной симптоматикой, как на высоте интоксикации, так и в абстинентном синдроме.

Изменения в нравственной, интеллектуальной, волевой и аффективных сферах описаны в структуре амотивационного синдрома. Амотивационный синдром проявляется апатией, пассивностью, снижением уровня побуждений, неспособностью заниматься деятельностью, требующей сосредоточенности и внимания. Снижаются интеллектуальные способности, ослабевают память; психическая и физическая истощаемость постоянны. Больные становятся вялыми, пассивными, апатичными, замкнутыми, угрюмыми.

Люди, употребляющие каннабис, могут испытывать кратковременные острые состояния тревожности, иногда сопровождающиеся параноидными идеями.

• Рекомендуется при подозрении на синдром зависимости седативных или снотворных средств выяснять жалобы на:

— влечение к седативным или снотворным средствам, связанные с этим нарушения настроения, сна, поведения;

— нарушения координации движений, снижение или выпадение рефлексов, акроцианоз;

— снижение интеллектуальных способностей, ослабление памяти [1, 18, 19, 20].

Уровень GPP

Комментарии: По механизму формирования зависимости можно выделить две основных группы пациентов.

Первая категория включает в себя больных, которым данные препараты были назначены врачом при лечении различных психических расстройств, либо транквилизаторы и снотворные принимаются без назначения врача в связи с проявлениями тревоги и бессонницей. Риск возникновения зависимости от этих препаратов высок, особенно при наличии сопутствующей алкогольной или наркотической зависимости и при назначении данных препаратов более 1 месяца.

Ко второй категории относятся пациенты с сопутствующим злоупотреблением алкоголем и наркотиками, начавшие употреблять седативно-снотворные средства самостоятельно с различными целями: самолечение синдрома отмены, уменьшение тревоги или бессонницы, для усиления эффекта наркотиков и, редко, при синдроме отмены кокаина. Приобретенная толерантность к алкоголю или наркотикам оказывается перекрестной к транквилизаторам или снотворным, поэтому больные начинают быстро повышать дозы употребления седативно-снотворных препаратов, «открывая для себя» их опьяняющий, стимулирующий и эйфоризирующий эффекты.

Формирование синдрома зависимости от седативно-снотворных средств имеет ряд отличительных особенностей:

1) стремление не к одному определенному ЛС или ПАВ, а к классу препаратов;

2) дозы принимаемого ЛС зачастую длительное время не превышают или незначительно превышают терапевтические;

3) длительно существует возможность применения ЛС «по необходимости»;

4) поведенческие и социальные последствия употребления ЛС в сравнении с другими ПАВ (например, опиатами, психостимуляторами и др.) менее выражены, либо фиксируются при злокачественном течении СЗ, на его поздних этапах.

К злокачественным вариантам можно отнести формирование синдрома зависимости от снотворных средств (как правило, это снотворные, относящиеся к производным барбитуровой кислоты (код по АТХ «барбитураты и их производные»)).

Первая стадия длится от 2 до 6 месяцев систематического приема барбитуратов. Так как происходит рост толерантности, появляется потребность в утреннем и дневном приеме барбитуратов.

Вторая стадия синдрома зависимости от барбитуратов характеризуется формированием синдрома отмены, длится от 6 месяцев до 3 лет и более. Обычная суточная доза — 1 г, но возможны дозы и 1,5—2 г барбитуратов. На этом этапе толерантность стабилизи-

руется. Утрачивается количественный контроль над дозой препарата. Меняется характер опьянения: если в начальной стадии были выражены расторможенность, болтливость, дискоординация движений, то во второй стадии появляется активность и работоспособность, движения становятся координированными, но появляются дисфорические реакции. Уже на второй стадии клинически выражено прогрессирующее интеллектуально-мнестическое снижение.

Третья стадия характеризуется снижением толерантности, быстрым нарастанием сомато-неврологических последствий хронического употребления барбитуратов: развивается атаксия, другие нарушения координации движений, снижение или выпадение рефлексов, колебания артериального давления, повышение температуры, акроцианоз.

Быстро (в течение 1—3 лет) формируется психоорганический синдром, морально-этическое снижение личности. Прогрессирующий психоорганический синдром, грубые неврологические расстройства приводят к утрате трудоспособности больного и инвалидности. Высока частота смертельных исходов при злоупотреблении барбитуратами. Причиной смерти служат самоубийства, передозировки, а также несчастные случаи в состоянии опьянения, заканчивающиеся летальным исходом.

Несмотря на тот же спектр фармакологических эффектов, СЗ от седативных средств (как правило, это седативные препараты бензодиазепинового ряда (код по АТХ «производные бензодиазепина») протекает легче, чем выше описанный синдром зависимости от барбитуратов, но с теми же закономерностями. Тяжелое течение СО и собственно самой зависимости наблюдаются крайне редко. Бензодиазепины считаются относительно безопасными средствами, так как даже высокие их дозы редко вызывают смертельные исходы. Они возможны только при сочетании бензодиазепинов с алкоголем или другими средствами, подавляющими деятельность ЦНС.

• Рекомендуется при подозрении на синдром зависимости от кокаина, других психостимуляторов, включая кофеин, выяснять жалобы на:

— влечение к кокаину или другим психостимуляторам, включая кофеин, связанные с этим нарушения настроения, сна, поведения;

— интеллектуально-мнестическое снижение, недержание аффекта, частые депрессивно-дисфорические реакции [1, 18, 19, 20].

Уровень GPP

Комментарии: Особенности синдрома зависимости от кокаина и других психостимуляторов являются быстрое формирование психической зависимости, слабо выраженные проявления физической зависимости, а так-

же преобладание периодической формы употребления наркотика.

Формирование цикличности свидетельствует об уже сформированном синдроме зависимости. В связи с такой особенностью течения заболевания, период пагубного употребления с вредными последствиями и первая (начальная) стадия зависимости протекают стремительно, часто бывает невозможно проследить переход с первой (начальной) стадии на вторую.

Как следствие постоянной интоксикации развивается психоорганический синдром с интеллектуально-мнестическим снижением, аффективной лабильностью, недержанием аффекта. Критика у больных к своему состоянию отсутствует.

Нарастание психопатологической симптоматики, развитие психоорганического синдрома и появление психозов (кокаиновых делириев) свидетельствует о переходе в третью стадию заболевания.

Начинается период хронической дисфории и ангедонии. Больные отчетливо ощущают неполноценность собственного существования, безысходность, испытывают чувство внутренней пустоты, безрадостность и т.д. При этом влечение к наркотику имеет отчетливое психопатологическое оформление в виде стойкой ангедонической депрессии и может принимать непреодолимый характер.

СЗ от кофеина диагностируется довольно редко. Если он, все-таки, формируется, то длительно, основные его проявления (патологическое влечение, синдром отмены, динамика толерантности) не достигают тяжелой степени, так же, как и медико-социальные последствия.

• Рекомендуется при подозрении на синдром зависимости от галлюциногенов выяснять жалобы на:

— влечение к галлюциногенам, связанные с этим нарушения настроения, сна, поведения;

— усиление интеллектуально-мнестического снижения после каждого перенесенного психоза [1, 18, 19, 20].

Уровень GPP

Комментарии: Галлюциногены отличаются от других ПАВ тем, что им присуще свойство вызывать психозы. Таким образом, острая интоксикация галлюциногенами проявляется психотическими состояниями, их психопатологическая структура может проявляться делириозным, онейроидным или галлюцинаторно-параноидным синдромом.

Формирование СЗ несколько отлично от других видов зависимости. Психическая зависимость может формироваться быстро — через несколько эпизодических проб (антихолинергические препараты, диссоциативные анестетики), а может формироваться достаточно длительно — эпизодическое употребление может продолжаться годами (диэтиламид лизергиновой кислоты — ЛСД). При

употреблении некоторых растительных серотонинергических галлюциногенов (псилоцибин, мескалин) формирование синдрома зависимости не описано.

Патологическое влечение к некоторым галлюциногенам (например, фенциклидин) формируется иногда уже после нескольких инъекций или пероральных проб.

Физическая зависимость при употреблении галлюциногенов проявляется в виде слабо выраженных соматовегетативных и астенических расстройств: общее недомогание, слабость, тремор рук, парестезии, снижение настроения.

Многие лица, употребляющие серотонинергические галлюциногены эпизодически, самостоятельно прекращают их прием, соответственно, у них синдром зависимости от галлюциногенов не формируется.

Но у части людей развивается синдром зависимости со всеми присущими ему симптомокомплексами: формированием психической и физической зависимости, ростом толерантности, формированием определенного типа употребления (периодического или постоянного), а также медико-социальными последствиями.

Еще одним важным отличием синдрома зависимости от галлюциногенов является быстрое формирование психоорганического синдрома вследствие переносимых психозов.

• Рекомендуется при подозрении на синдром зависимости от ингалянтов выяснять жалобы на:

— влечение к ингалянтам, связанные с этим нарушения настроения, сна, поведения;

— интеллектуально-мнестическое снижение [1, 18, 19, 20].

Уровень GPP

Комментарии: Соответствует общим закономерностям формирования наркоманий и токсикоманий. Среди подростков, злоупотребляющих ингалянтами, значительное число лиц с признаками резидуального поражения ЦНС (F07.0): органических псевдоолигофренических и органических псевдопсихопатических личностей с ограниченными интересами.

Вначале вдыхание паров ингалянтов происходит в группе «единомышленников». Этап эпизодического употребления продолжается от 1 до 6 месяцев, реже — до 1 года. При продолжении ингаляций формируется систематический прием: ингалянты вдыхают сначала 3-4 раза в неделю, потом — ежедневно, иногда по несколько раз в день. Переход от эпизодического к учащающемуся систематическому приему свидетельствует о формировании психической зависимости (синдрома патологического влечения). Еще одним признаком сформировавшейся психической зависимости является переход от группового употребления ингалянтов к индивидуальному. Толерант-

ность к ингалянтам установить трудно. Об увеличении толерантности свидетельствует учащение эксцессов ингаляции (вначале 1 раз в неделю, затем 3–4 раза в неделю, а потом ежедневно); увеличение количества вдыхаемого растворителя в 4–5 раз по сравнению с первоначальным. Толерантность также зависит от способа ингаляции и индивидуальной величины жизненной емкости легких (ЖЕЛ).

При синдроме зависимости от ингалянтов быстро, уже ко второй стадии развивается токсическая энцефалопатия с признаками мозговой атрофии. Нередко встречается полинейропатия, проявляющаяся в снижении чувствительности, ослаблении рефлексов, парестезиях кистей и стоп, онемением по типу «носков» и «перчаток», сочетающаяся с мышечной гипотрофией и акрогипергидрозом. Токсическое поражение нервных клеток в центральной нервной системе приводит к ухудшению зрения вплоть до слепоты, а также к нарушениям слуха. При хронической интоксикации ингалянтами возникают нарушения сердечного ритма в виде наджелудочковой тахикардии и желудочковой экстрасистолии. Признаки токсического поражения почек выявляются преимущественно лабораторными методами: азотемия, помутнение мочи, симптоматикой токсического гломерулонефрита, когда пациенты часто предъявляют жалобы на боли в пояснице. Токсическое поражение печени проявляется болями в подреберье, тошнотой, рвотой, субфебрильной температурой, нередко — желтушностью кожных покровов (приложение Ж).

- Рекомендуется при подозрении на синдром зависимости от нескольких психоактивных веществ выяснять жалобы на:

- влечение к нескольким психоактивным веществам, связанные с этим нарушения настроения, сна, поведения [1, 18, 19, 20].

Уровень GPP

Комментарии: Клинические проявления синдрома зависимости зависят от преобладающего ПАВ. Часты энцефалопатии и рано развивается синдром деменции с неврологическими нарушениями.

2.2. Физикальное обследование

Несмотря на то, что данные физикального обследования не являются специфическими при СЗ, тем не менее, тщательное медицинское обследование является подтверждающим дополнением к клинической диагностике, а также позволяет создать ориентиры в определении тяжести состояния. Например, при СЗ от опиатов у больного выявляются следы от внутривенных инъекций по ходу поверхностных вен; при синдроме зависимости лот кокаина — проявления хронического насморка; при употреблении гепатотоксичных ПАВ — увеличение размеров печени и т.д. Все это в совокупности является свидетельством хронической интоксикации. Поэтому перкуссия печени, почек, аускультация сердца, измерение артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхательных движений (ЧДД) является минимальным необходимым набором манипуляций для физикального обследования.

• Рекомендуется обследование соматического состояния пациента: определение состояния кожных покровов, инъецированности склер, мышечного тонуса, пальпация/перкуссия печени, почек, аускультация сердца, измерение АД, ЧСС, ЧДД [1, 18, 19, 20].

Уровень GPP

- Рекомендуется обследование неврологического состояния пациента: определение реакции зрачков, нистагма, тремора, состояния периферической нервной системы (тактильная и болевая чувствительность), статической и динамической координации [1, 18, 19, 20].

Уровень GPP

2.3. Лабораторная диагностика

При установлении диагноза СЗ наиболее важна клиническая диагностика. Необходимость в лабораторной диагностике возникает в случаях затруднения определения ПАВ по клинической картине, при проведении дифференциального диагноза, а также для подтверждения состояния хронической интоксикации ПАВ.

Лабораторные методы позволяют оценить состояние ремиссии: отсутствие ПАВ в организме.

В лабораторной диагностике ПАВ используют два основных типа тестирования: иммунологический анализ (ИФА) и хроматографию (газовая хроматография (ГХ), масс-спектрометрия (МС) или высокоэффективная жидкостная хроматография (ВЭЖХ)).

- Рекомендуется проведение ИФА при первичном скрининге мочи на содержание ПАВ [21, 22, 23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3).

Комментарии: ИФА используют в качестве первичного скрининга в связи с простотой их использования и малой затратностью.

Точность тестирования ИФА варьирует, наиболее высокая она для каннабиса и кокаина, более низкая — для опиатов и психостимуляторов. Каждое ПАВ имеет свою длительность выявления в моче методом ИФА [22, 23, 24] (табл. 3).

В зарубежной практике, в связи с тем, что распространено употребление большого количества различных полусинтетических и синтетических производных морфина, для определения опиатов используют расширенную панель, включающую не только основные метаболиты морфина, но и такие часто используемые ПАВ и ЛС, как фентанил, гидрокодон, метадон, оксикодон, бупренорфин, трамадол** [21, 22, 23, 24]. Для России расширение диагностической панели является актуальным лишь в отношении трамадола.

- Рекомендуется подтверждение с помощью ГХ/МС или ВЭЖХ при положительных результатах ИФА [21, 22, 23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Хроматографию используют в сложных диагностических случаях, для подтверждения результатов ИФА и для получения высокоточных результатов. Методы хроматографии являются высокоточными, но более дорогостоящими, сложными для выполнения и затратными по времени. Положительные результаты ИФА должны сопровождаться подтверждающим тестированием с использованием ГХ/МС или ВЭЖХ.

- Рекомендуется выполнить анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ мочи общий до начала лечения для оценки безопасности лечения [1, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Выполнение данных анализов важно не для выявления состояния хронической интоксикации

ПАВ и не для постановки диагноза «синдром зависимости», а для определения статуса общего соматического здоровья, чтобы иметь возможность исключить острые состояния, декомпенсацию хронических соматических заболеваний, которые требуют оказания специализированной медицинской помощи в первую очередь.

2.4. Инструментальная диагностика

Возможности использования инструментальной диагностики при СЗ ограничены, так как отсутствуют специфические физикальные и лабораторные признаки, характерные для него.

Хроническая интоксикация ПАВ пагубно влияет на ЦНС, сопряжена с развитием множества сопутствующих заболеваний соматической сферы, поэтому может быть полезным проведение следующих исследований: электрокардиографии (ЭКГ), ультразвукового исследования (УЗИ) внутренних органов, электроэнцефалографии (ЭЭГ), эхо-электрографии (Эхо-ЭГ), рентгенографии (Rg) черепа, легких и др.

Инструментальные методы проводятся по клиническим показаниям.

- Рекомендуется исследование ЭКГ с расшифровкой, описанием, интерпретацией данных до начала лечения для оценки безопасности лечения [1, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

2.5. Иные методы диагностики

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

Таблица 3

Выявление психоактивных веществ при проведении иммуноферментного анализа

ПАВ	Длительность выявления ПАВ при ИФА
Амфетамины	2—3 дня
Фенциклидин	7—14 дней
Каннабиноиды	Зависит от характера употребления: Единичное употребление — 3 дня Эпизодичность употребления до 3—4 раз в неделю — 5—7 дней Систематическое употребление — 10—15 дней
Бензодиазепины	Короткого действия — 3 дня Длительного действия — до 30 дней
Кокаин	Зависит от тяжести зависимости: 2—3 дня при эпизодическом употреблении 8 дней — при систематическом употреблении
Опиаты	2-3 дня

Примечание: ПАВ — психоактивное вещество; ИФА — иммуно-ферментный анализ.

• Рекомендуется определить степень тяжести актуального состояния больного с учетом клинического, физикального и лабораторного обследований.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

3. Лечение

3.1. Общие вопросы лечения синдрома зависимости

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

Терапия СЗ может осуществляться в стационарных и амбулаторных условиях. Между стационарным и амбулаторным звеном наркологической помощи существует преемственность. Стационарный курс лечения продолжается до стабилизации психофизического состояния пациента, что предполагает редукцию клинических проявлений синдрома патологического влечения и соматических последствий хронической интоксикации ПАВ. Курс амбулаторного лечения и наблюдения имеет различную длительность, определяется порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ⁴.

В стационарных условиях специализированная помощь оказывается при средне-тяжелом или тяжелом состоянии пациента. Ориентировочными клиническими критериями для лечения в стационарных условиях могут являться следующие:

1) показатели тяжести течения заболевания: средняя или высокая степень прогрессивности заболевания; постоянная или перемежающаяся форма употребления ПАВ; высокая толерантность к ПАВ. Эти признаки с высокой степенью вероятности предполагают развитие обострений хронических заболеваний и выраженные пси-

хопатологические расстройства не только в остром, но и в подостром состоянии;

2) тяжело и/или длительно протекавший абстинентный синдром;

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

4) выраженное влечение к ПАВ: безудержное, недолгимое;

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

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

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

Любое фармакологическое вмешательство решает поставленные задачи, имеет определенную тактику и предполагает оценку его эффективности.

Задачи терапии:

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

2) купирование синдрома патологического влечения для обеспечения возможности последующей психотерапии и реабилитации;

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

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

***Тактика терапии:** проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения.*

***Критерий эффективности лечения:** стабилизация психофизического состояния больного*

• Рекомендуется оказание медицинской помощи при средне-тяжелом и тяжелом состоянии пациента — в стационарных условиях, при легком состоянии пациента — в амбулаторных условиях [1, 8, 10, 12, 13, 33].

Уровень GPP.

3.2. Частные вопросы лечения синдрома зависимости

3.2.1. Синдром зависимости, вызванный употреблением опиатов

• Рекомендуется назначение блокаторов опиатных рецепторов длительного действия — налтрексона [1, 19, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

⁴ Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034 (зарегистрировано в Минюсте России 22.03.2016 г. №41495) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ.

Комментарии: Блокаторы опиатных рецепторов в терапии синдрома зависимости от опиатов используются более 40 лет, с достаточно успешными результатами. По результатам систематического обзора [25], зарубежных гайдлайнов [26] по лечению опиатной зависимости, а также отечественных исследований [27–37], на фоне применения различных форм налтрексона (пероральной формы, инъекционной внутримышечной формы, подкожного имплантата) наблюдалось существенное сокращение употребления незаконного героина. Основными достигнутыми результатами были удержание в терапевтической программе, снижение частоты рецидивов. Важный вывод из проведенных исследований заключался в том, что налтрексон признан эффективным лекарственным средством (ЛС) для терапии опиатной зависимости у пациентов, обладающих высокой мотивацией к воздержанию.

3.2.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением каннабиса

В настоящее время доказательной базы для применения любого вида фармакологического лечения нет. Специфических ЛС для лечения СЗ, вызванного употреблением каннабиса, нет.

- Рекомендуется при синдроме зависимости, вызванном употреблением каннабиса, проводить симптоматическое лечение в соответствии с медицинскими показаниями [1, 19, 20, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

3.2.3. Синдром зависимости, вызванный употреблением седативных или снотворных препаратов.

В настоящее время доказательной базы для применения любого вида фармакологического лечения нет. Специфических ЛС для лечения СЗ, вызванного употреблением седативных или снотворных препаратов, нет.

- Рекомендуется при синдроме зависимости, вызванном употреблением седативных и снотворных препаратов, проводить симптоматическое лечение в соответствии с медицинскими показаниями [1, 19, 20, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

3.2.4. Синдром зависимости, вызванный употреблением кокаина, других стимуляторов, включая кофеин

В настоящее время доказательной базы для применения любого вида фармакологического лечения нет. Специфических схем терапии и ЛС для лечения СЗ, вы-

званного употреблением кокаина, других психостимуляторов, нет. Лечение проводится симптоматически в соответствии с медицинскими показаниями.

Рекомендуется назначение дисульфирама# [1, 18, 19, 39, 40, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: Изначально эффективность дисульфирама оценивалась в случаях сочетанной зависимости от алкоголя и кокаина. В этих исследованиях была получена высокая эффективность дисульфирама, однако считалось, что результаты отражают эффективность в отношении алкогольной зависимости [38], но в более поздних исследованиях было показано эффективное влияние дисульфирама на поддержание состояния ремиссии при чистой кокаиновой зависимости: на фоне применения дисульфирама в сочетании с психотерапевтическими методами снижалось употребление кокаина, из чего было сделано заключение, что использование дисульфирама при зависимости от психостимуляторов (в частности, кокаина), может быть эффективно [39].

Для пациентов с сочетанной зависимостью от алкоголя и кокаина эффективна также комбинация дисульфирама и налтрексона, как в отношении алкоголя, так и в отношении кокаина [40].

- Не рекомендуется назначение агонистов дофаминовых рецепторов, таких, как бромокриптин, амантадин, перголид [41].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Агонисты дофамина (бромокриптин, амантадин, перголид) были исследованы в 17 рандомизированных исследованиях с участием 1224 участников; не было получено достоверных результатов об эффективности данных препаратов в воздержании от кокаина и удержании пациентов в лечебных программах [41]

- Рекомендуется при синдроме зависимости, вызванном употреблением кокаина, других стимуляторов, включая кофеин, проводить симптоматическое лечение в соответствии с медицинскими показаниями [1, 19, 20, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

3.2.5. Синдром зависимости, вызванный употреблением ингалянтов

Универсального протокола лечения СЗ нет [42]. Подходы к терапии, группы применяемых ЛС идентичны таковым при синдроме зависимости от алкоголя [1, 19, 42].

• Рекомендуется при синдроме зависимости, вызванном употреблением ингалянтов, проводить симптоматическое лечение в соответствии с медицинскими показаниями [1, 19, 20, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

3.2.6. Синдром зависимости, вызванный употреблением нескольких ПАВ

В клинической практике в настоящее время довольно широко распространено такое явление, как синдром зависимости от нескольких ПАВ (см. раздел «эпидемиология»), соответственно, клиническая картина представляется пестрой, неоднородной, смешанной. В таких случаях терапевтическая тактика определяется, исходя из преобладающей клинической симптоматики с использованием рекомендованного для каждого ПАВ протокола лечения одновременно или последовательно [1, 19, 20, 42].

• Рекомендуется при синдроме зависимости, вызванном сочетанным употреблением опиатов и алкоголя, такое же лечение, как и при синдроме зависимости, вызванном употреблением опиатов [1, 19, 20, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

• Рекомендуется назначение дисульфирама при синдроме зависимости, вызванном сочетанным употреблением опиатов и алкоголя [1, 19, 20, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

• Рекомендуется назначение дисульфирама при синдроме зависимости, вызванном сочетанным употреблением психостимуляторов и алкоголя [1, 19, 20, 38, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

• Рекомендуется назначение налтрексона в сочетании с дисульфирамом при синдроме зависимости, вызванном сочетанным употреблением психостимуляторов и алкоголя [40].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 2)

3.2.7. Лекарственные препараты разных групп

• Рекомендуется назначение ЛС группы «Противоэпилептические препараты» при резких, аффективно насыщенных обострениях патологического влечения к ПАВ в качестве симптоматической терапии при отсутствии противопоказаний к конкретным препара-

там в соответствии с инструкцией [1, 19, 20, 42, 43, 44, 45].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

• Рекомендуется назначение препаратов группы «Антидепрессанты» при наличии депрессивных расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ в качестве симптоматической терапии при отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [1, 19, 20, 42, 46, 47, 48, 49].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

• Рекомендуется назначение препаратов группы «Антипсихотические средства» при наличии психомоторного возбуждения, агрессивного, суицидального или психопатоподобного поведения, сверхценных образований в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ в качестве симптоматической терапии при отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [1, 19, 20, 42, 46, 50, 51, 52].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

• Рекомендуется назначение ЛС группы «Другие психостимуляторы и ноотропные препараты» в качестве симптоматической терапии при наличии показаний, отсутствии противопоказаний к конкретным препаратам в соответствии с инструкцией [1, 19, 20, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: *Использование препаратов выше перечисленных групп относится к биологически ориентированной терапии. Действительно, механизмы действия практически всех групп психотропных препаратов позволяют предполагать их эффективность в терапии большого ряда имеющихся психопатологических расстройств у больных с синдромом зависимости. К текущему времени проведено довольно большое количество исследований различного уровня доказательности, однако их результаты разнятся, а зачастую бывают диаметрально противоположны [43-52]. В связи с этим, имеющиеся мета-анализы не позволяют сформулировать рекомендации с указанием конкретных ЛС в терапии синдрома зависимости.*

Ниже представлены показания к назначению определенных групп препаратов при синдроме зависимости.

Показаниями к назначению антидепрессантов при установленном диагнозе «Синдром зависимости» явля-

ются: 1 — аффективные (депрессивные — как правило, или маниакальные — как редко встречающееся явление) расстройства в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ; 2 — коморбидные аффективные нарушения. При выборе антидепрессанта предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим, седативным или сбалансированным действием. В настоящее время наиболее широко используются антидепрессанты группы СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), СИОЗСН (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, норадреналина), как лекарственные средства с высокой безопасностью

Показаниями к назначению антипсихотических препаратов при установленном диагнозе «Синдром зависимости» являются следующие: 1 — поведенческие расстройства в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ (психомоторное возбуждение, напряженный аффект, состояния ажитации, повышенного беспокойства, враждебности и агрессивности); 2 — сверхценные образования, сопровождающиеся противоречивостью суждений об употреблении ПАВ и неспособностью разорваться в сложившейся ситуации; 3 — депрессивные состояния, сопровождающиеся напряжением, беспокойством, тяжелыми нарушениями сна.

Показаниями к назначению противосудорожных препаратов при установленном диагнозе «синдром зависимости» являются резкие, без предвестников, аффективно насыщенные обострения патологического влечения.

Показаниями к назначению препаратов группы «Другие психостимуляторы и ноотропные препараты» (ноотропы) при установленном диагнозе «синдром зависимости» являются следующие: астенические, астено-депрессивные, церебрастенические расстройства; коррекция интеллектуально-мнестических функций.

Другие группы психотропных препаратов (транквилизаторы, снотворные препараты) на этапе противоречивой и стабилизационной терапии уже не используются.

3.3. Психотерапия при синдроме зависимости

Психотерапия в наркологии представляет собой целенаправленную профессиональную помощь в изменении и восстановлении здорового состояния организма психологическими средствами и направлена на устранение личностных, аффективных, поведенческих и иных расстройств, оптимизацию межличностных отношений пациента, усиление мотивов на участие в лечебной программе, отказ от употребления ПАВ, социальную и профессиональную реинтеграцию [53].

Психотерапия является неотъемлемой частью любой терапевтической программы при синдроме зави-

симости. Психотерапевтические интервенции непосредственно изменяют психологические и социальные факторы, связанные с злоупотреблением ПАВ, а также значимо повышают эффективность медикаментозной терапии синдрома зависимости.

Цель психотерапии: мотивирование на лечение, формирование отказа от ПАВ, достижение стойкой ремиссии.

Задачи терапии: мотивирование на лечение; коррекция и/или компенсация нарушенных психических (в том числе исполнительных) функций; формирование и развитие навыков эмоциональной саморегуляции, релаксации, совладания со стрессом и профилактики рецидива; формирование навыков самоконтроля, произвольного торможения импульсивного поведения и коррекции гиперболического обесценивания последствий; изменение внутренних и внешних (в том числе семейных) факторов, стимулирующих зависимое поведение.

Проведение психотерапии у каждого пациента определяется поставленной целью и задачами в соответствии с выделенными мишенями психотерапии [54] (Приложение Д1).

С первого контакта с зависимым от ПАВ пациентом важно учитывать формирование основных неспецифических лечебных факторов психотерапии, которые не зависят от конкретного метода применяемой ПТ [55]:

- психотерапевтические отношения: терапевтический альянс; эмпатия, конгруэнтность и безусловное принятие; анализ реакций переноса и контрпереноса;
- обратная связь (пациенту и со стороны пациента);
- эффект ожиданий (эффект плацебо);
- групповая динамика (групповая сплоченность).

При отборе специфических методов психотерапии учитываются 4 основных группы факторов: (1) факторы пациента (диагноз и тяжесть заболевания; наличие коморбидной психической патологии; стадия мотивации; индивидуальные возможности и личностные особенности; способность пациента принять ту или иную психотерапевтическую концепцию); (2) факторы целеполагания (мишени, цели и задачи ПТ); (3) профессиональная компетентность психотерапевта; (4) организационные факторы. Все психотерапевтические методы с установленной эффективностью обладают лечебным потенциалом, но включение в лечебную программу каждого пациента как можно большего числа методов, или даже всех возможных, не является целесообразным.

Наиболее эффективно в лечении СЗ используются следующие психотерапевтические методы: краткосрочные интервенции, мотивационная психотерапия (мотивационное интервью), когнитивно-поведенче-

ская, семейная, психодинамическая психотерапия, транзакционный анализ и некоторые другие [56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63] (Приложение Д2). Указанные воздействия могут проводиться в индивидуальном, парном (работа с семьей) и групповом форматах.

Критерии эффективности психотерапии

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

• Рекомендуется использовать методы психотерапии с доказанной эффективностью как методы первого выбора в лечении синдрома зависимости [56-61].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1).

Комментарии: Методы ПТ с неопределенной эффективностью могут использоваться как вспомогательные, при условии, что они относятся к профессиональным и этичным методам ПТ (Приложение Д2).

• Рекомендуется проведение лично-ориентированной психотерапии для изменения поведенческих, эмоциональных, когнитивных паттернов, связанных с злоупотреблением психоактивными веществами [64—68].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1).

• Рекомендуется психотерапевтическое усиление мотивации и комплаенса к проводимому лечению (включая медикаментозную терапию и последующую медицинскую реабилитацию) [56; 69-77].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1).

• Рекомендуется осуществлять коррекцию и/или компенсацию нарушенных исполнительных функций психотерапевтическими методами [57; 78-84].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 2).

• Рекомендуется формировать навыки эмоциональной саморегуляции, релаксации, совладания со стрессом [85-89].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств — 1; 2).

• Рекомендуется формировать противорецидивные навыки психотерапевтическими методами [85; 86; 90-94].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

• Рекомендуется проведение семейной психотерапии для изменения семейных факторов, стимулирующих зависимое поведение, всем тем, у кого в доступе есть родственник/родственники или значимое лицо [95—101].

Уровень убедительности рекомендаций — А (Уровень достоверности доказательств 1).

• Рекомендуется формировать неспецифические факторы психотерапевтического лечения, независимо от используемого метода психотерапии [102-104].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1).

Комментарии: Формируемые неспецифические факторы включают терапевтический альянс; эмпатию, конгруэнтность и безусловное принятие со стороны терапевта; анализ реакций контрпереноса; обратную связь (пациенту и со стороны пациента); эффект ожиданий (эффект плацебо); групповую сплоченность.

• Рекомендуется психотерапевту концентрировать усилия на формировании терапевтического альянса с пациентом с синдромом зависимости от ПАВ с первых сеансов [105-109].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1).

• Рекомендуется использовать эмпатический стиль общения [110-115].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1; 2).

Комментарии: дефицит эмпатии и высоко конфронтующий стиль приводят к возникновению ятрогенных эффектов психотерапии и отсеву пациентов с СЗ из лечения. Интервенции, конфронтующие дезадаптивные психические и поведенческие паттерны, следует максимально ограничить до установления достаточно стойкого терапевтического альянса. При проведении конфронтации необходимо использовать мягкий и уважительный конфронтующий стиль.

• Рекомендуется проведение краткосрочных поведенческих и/или мотивационных интервенций при обращении пациента, имеющего признаки синдрома зависимости, в лечебное учреждение [117-122].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств — 1; 2).

Комментарии: Потенциал указанных интервенций в плане отказа от ПАВ и редукции симптомов синдрома зависимости ограничен [123]. Смысл краткосрочного вмешательства состоит в том, что даже если процент лиц, которые изменяют характер потребления веществ после одноразового вмешательства, невелик, вклад в общественное здравоохранение большого числа работников первичной медико-санитарной помощи, систематически осущающих это вмешательство, значителен.

- Рекомендуется использовать мотивационную психотерапию (мотивационное интервью) на начальном этапе лечения (1–3 сеанса), независимо от основного выбранного метода психотерапии [56; 71; 124–128].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1).

Комментарии: Применение МИ не ограничивается первыми сеансами. Необходимо проводить промежуточные сеансы МИ в течение курса лечения с целью диагностики стадии изменений и колебаний мотивации пациента.

- Рекомендуется проведение когнитивно-поведенческой психотерапии [57; 66; 72; 129-135].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1).

- Рекомендуется проведение противорецидивного тренинга [85; 86; 90-94; 136; 137].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1).

- Рекомендуется включение элементов терапии ситуационного контроля на протяжении всего курса психотерапии [138-144].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1).

- Рекомендуется проведение диалектической бихевиоральной терапии для пациентов с сопутствующим пограничным расстройством личности и/или суицидальным риском [145-148].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств — 1; 2).

- Рекомендуется проведение трансакционного анализа [149–152].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств — 2).

- Рекомендуется проведение психодинамической психотерапии [153-159].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств — 2).

- Рекомендуется мотивировать и поддерживать участие пациентов и их родственников во встречах групп само- и взаимопомощи [112; 113; 160-165].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств — 2, 3).

Комментарии: Группы само- и взаимопомощи организуются либо в рамках открытых терапевтических сообществ («Анонимные алкоголики», «Взрослые дети алкоголиков», «Анонимные наркоманы», семейные группы взаимопомощи и т.д.) либо собственно в лечебно-реабилитационных учреждениях.

- Рекомендуется создавать терапевтическую среду в организации, где проводится лечение пациентов с синдромом зависимости [112; 166-172].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1; 3).

Комментарии: В рамках терапии средой создается спокойная, хорошо структурированная среда реализации программы лечения. Она характеризуется следующими факторами:

- 1) Четкое формулирование и обозначение правил поведения и границ ответственности персонала и пациентов;

- 2) Наличие постоянного расписания и режима дня, известного пациентам;

- 3) Включение элементов оккупационной терапии, подразумевающей восстановление навыков ответственного отношения к собственному и чужому труду и деятельности, самообслуживания, самоконтроля, коммуникации с другими людьми;

- 4) Проведение оценки функционирования пациентов с целью коррекции лечебного плана и анализа эффективности лечения.

- Рекомендуется проведение сеансов арттерапии и/или терапии музыкой [172].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств — 1).

3.4. Оценка эффективности и безопасности лечения

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

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Оценка эффективности комплексного лечения проводится, исходя из динамики психопатологических, соматовегетативных и неврологических нару-

шений СЗ, что позволяет сделать клинический метод — наблюдение и описание симптоматики.

Критерий эффективности медикаментозного лечения: стабилизация психофизического состояния больного.

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

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

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: Оценка безопасности и переносимости терапии проводится на всем ее протяжении по частоте возникновения и развития нежелательных явлений (НЯ)⁵.

НЯ регистрируются по данным:

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

Связь НЯ с ЛС оценивается по алгоритму Наранжо⁶ (Приложение Г). Степень достоверности взаимосвязи «ЛС-НЯ» по алгоритму Наранжо определяется так:

- определенная, если 9 и более баллов;
- вероятная, если 5–8 баллов;
- возможная, если 1–4 балла;
- сомнительная, если 0 баллов и меньше.

При возникновении НЯ врачу необходимо зарегистрировать свои действия в первичной документации, к примеру, назначить дополнительные препараты (какие, в какой дозе, на какой период) и др., а также заполнить соответствующую форму⁷.

⁵ ФЗ 61 «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 (статья 64);

Приказ МЗ РФ от 26 августа 2010 г. N 757н «Об утверждении порядка осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения, регистрации побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов для медицинского применения».

⁶ Методические рекомендации «Определение степени достоверности причинно-следственной связи «Неблагоприятная побочная реакция-лекарственное средство» (классификация и методы)» (утв. руководителем Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Н.В. Юргелем 2 октября 2008 г.) <http://www.rosminzdravnadzor.ru/>

⁷ http://www.rosminzdravnadzor.ru/medicines/monitor_bezopasnosti/

4. Реабилитация

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

Реабилитация направлена на сохранение положительных результатов, полученных в результате предшествовавшего лечения, за счет восстановления (формирования) нормативного личностного и социального статуса пациента с СЗ благодаря поддержанию трезвого состояния, дальнейшей коррекции и развитию его личностного, интеллектуального, нравственного, эмоционального и творческого потенциала [173-178].

Стратегическими целями реабилитации у пациентов с СЗ являются:

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

Прагматическими целями реабилитации являются:

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

Одна из проблем, усложняющих процесс реабилитации пациентов с СЗ, состоит в том, что ряд психологических функций, необходимых для полноценного восстановления нормативного личностного и социаль-

ного статуса, у них серьезно повреждена [179]. Тем не менее, эти функции могут быть восстановлены до нормативного уровня в результате прохождения ЛРП или компенсированы за счет развития других функций и формирования совершенно новых умений и навыков. В связи с этим при построении реабилитационной программы необходимо учитывать не только реабилитационный, но и абилитационный аспекты реабилитации [174, 176, 180, 181].

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

ЛРП включает три этапа: восстановительный (предреабилитационный), медицинская реабилитация; профилактический (постреабилитационный). Медицинская реабилитация также проходит в три этапа: адаптационный, интеграционный и стабилизационный.

Оптимальный алгоритм движения пациентов в процессе осуществления последовательных этапов ЛРП:

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

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

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

4) Диспансерное наблюдение участкового врача психиатра-нарколога.

• Рекомендуется в обязательном порядке направлять пациентов с синдромом зависимости, получивших первичную стационарную наркологическую помощь, на дальнейшую реабилитацию [60—63; 182—184].

Уровень GPP.

• Рекомендуется соблюдать принцип этапности и непрерывности лечебных и реабилитационных мероприятий при организации медицинской реабилитации [60-63; 165; 185; 186].

Уровень GPP.

Комментарии: принцип предполагает достаточную продолжительность лечебных мероприятий, преимущество стационарной и амбулаторной помощи, а также

поэтапный переход пациентов с одного этапа ЛРП на другой с учетом стадий изменения и изменения УРП.

Рекомендуется применять мультидисциплинарный подход в реабилитации пациентов с синдромом зависимости [60-63; 72; 165; 173; 187; 188].

Уровень GPP.

Комментарии: Данный подход предполагает наличие разносторонних усилий, направленных на разные сферы функционирования пациентов: психологическую, профессиональную, семейную, общественную, сферу досуга. В связи с этим выделяют следующие направления реабилитации: медицинское (предоставление необходимой медицинской помощи для лечения синдрома зависимости, имеющихся соматических проблем; терапия сопутствующих психических расстройств); организационное направление (создание структурированной терапевтической среды); психолого-психотерапевтическое направление (когнитивная реабилитация, психотерапевтическая и психологическая коррекция личностного, семейного и социального функционирования; мотивация и поддержание комплайенса); работа в 12-шаговой программе; социально-педагогическое направление (стимулирование физической активности, формирование, развитие и усиление навыков самообслуживания, социальной коммуникации; вовлечение в оккупационную терапию; трудотерапия); социальное сопровождение. Смотрите Приложение E1; E2.

• Рекомендуется проводить диагностику УРП у всех пациентов, поступающих на реабилитацию [189, 190].

Уровень убедительности рекомендаций — С (Уровень достоверности доказательств — 5).

• Рекомендуется проводить краткосрочную интервенцию в виде первичной консультации и мотивационного интервью при поступлении пациентов на реабилитационную программу [60-63; 117-121].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств — 1; 2).

Комментарии: Краткосрочная интервенция имеет следующие цели:

1) Формирование мотивации на начало реабилитации;

2) Усиление собственной мотивации к реабилитации, имеющейся у пациента;

3) Усиление мотивации к МР пациента у родственников, сопровождающих больного и получивших возможность присутствовать на сеансе (участвовать в отдельном сеансе) с согласия больного.

• Рекомендуется формировать (стимулировать) мотивацию пациента на участие в реабилитационной программе и дальнейшее поддержание трезвости психоте-

рапевтическими методами [57; 60-63; 66; 67; 71; 74; 131; 173; 191; 192].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1).

Комментарии: Для этой цели используются техники когнитивно-поведенческой и мотивационной психотерапии.

- Рекомендуется проводить психообразовательную работу с пациентами и их родственниками на всех этапах реабилитационного процесса [57; 60—63; 66; 80; 193—197].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 2).

Комментарии: Основные задачи психообразования: преодоление наркологической неграмотности; изменения и коррекции внутренней картины болезни; формирование у пациентов понимания мультифакторности причин зависимости от ПАВ; формирование осознания и принятия негативных медицинских и социальных последствий СЗ; формирование понимания значения личной ответственности за реализацию ЛРП и выздоровление.

Психообразовательная работа может вестись в ходе индивидуальных и групповых психотерапевтических и/или психокоррекционных сеансов, а также в рамках «Школы профилактики для пациентов и их родственников» (далее «Школа»). На занятиях «Школы» (Приложение Е2) расширяются знания о биологических эффектах ПАВ и медицинских и социальных последствиях их потребления, о принципах лечения синдрома зависимости от ПАВ, формируется критика к состоянию, преодолевается анозогнозия.

- Рекомендуется осуществлять противорецидивный тренинг на всех этапах процесса реабилитации [85; 86; 90-94; 136; 137]

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 2).

Комментарии: Противорецидивный тренинг на этом этапе закрепляет навыки противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать «нет» употреблению ПАВ, а также включает дальнейшую работу по обучению умению определять предвестники обострения влечения к ПАВ и преодолевать срывы заболевания. Кроме того, проводится обучение навыкам планирования и управления временем. Обучение может проходить в рамках психокоррекционных и психообразовательных сеансов, а также путем копирования поведения, моделируемого лечащими специалистами. Для этого пациент и член реабилитационной бригады осуществляет совместное с пациентом планирование учебы, работы и досуга в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

- Рекомендуется проводить психотерапию пациентов, находящихся на реабилитации, с помощью методов психотерапии синдрома зависимости с доказанной эффективностью [56-61; 173; 191; 192].

Уровень убедительности рекомендаций — А (Уровень достоверности доказательств — 1).

Комментарии: Подробное описание рекомендаций к психотерапии пациентов с синдромом зависимости смотрите в разделе 3 «Лечение».

- Рекомендуется проводить личностно-ориентированную психотерапию на всех этапах реабилитации [61-68; 174-178; 193].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 2; 3)

Комментарии: Основные задачи — коррекция приобретенных в результате заболевания зависимостью от ПАВ личностных особенностей; личностная реструктуризация; возвращение (формирование) утраченной системы ценностных норм и ценностной ориентации.

- Рекомендуется проводить психотерапию, ориентированную на формирование коммуникативных и поведенческих навыков, а также коррекцию межличностных отношений [95 — 99; 148-151; 198-203].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств — 1)

Комментарии: Основные задачи — восстановление коммуникативных и поведенческих навыков в социально-сохранной социальной среде; улучшение отношений с членами семьи и ближайшего окружения; обучение приемам эффективной коммуникации и выхода из конфликтных ситуаций. Как правило, для решения указанных задач используются техники семейной терапии, когнитивно-поведенческой терапии, транзакционного анализа, различные тренинги навыков (поведенческих, коммуникативных, социальных).

- Рекомендуется проводить психотерапевтическую и психокоррекционную работу с родственниками пациента на всех этапах реабилитационного процесса [95-101; 199—201].

Уровень убедительности рекомендаций — А (Уровень достоверности доказательств — 1)

Комментарии: Для этого могут использоваться основные психотерапевтические методы, рекомендуемые для лечения СЗ в рамках семейной терапии (см. раздел «Психотерапия»).

- Рекомендуется использовать трудотерапию [166—169].

Уровень убедительности рекомендаций — В (Уровень достоверности доказательств 2; 3).

- Рекомендуется организовывать и стимулировать участие пациентов в группах само- и взаимопомощи [160—164].

Уровень убедительности рекомендаций — В (Уровень достоверности доказательств 2; 3).

Комментарии: *Можно стимулировать создание внутренних групп само- и взаимопомощи среди участников программы, а также организовывать участие пациентов во внешних группах. Если мероприятия данного этапа проводятся в стационарных условиях, пациенты должны регулярно вывозиться для участия в работе этих сообществ, при работе в амбулаторных условиях — пациенты направляются для участия в работе этих сообществ (Приложение Е1).*

- Рекомендуется осуществлять социальную поддержку пациентов, находящихся на реабилитации [60-63; 181—185; 202].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств — 2; 5).

Комментарии: *Осуществляется в рамках социально-го блока реабилитации (Приложение Е1)*

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

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

Диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ.⁸

⁸ Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034 (зарегистрировано в Минюсте России 22.03.2016 г. №41495) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ.

6. Организация медицинской помощи

- Рекомендуется госпитализация в плановом порядке при состоянии средне-тяжелой или тяжелой степени.

Уровень GPP

Комментарии: *ориентировочные клинические критерии тяжести заболевания и лечения в стационарных условиях см. выше (п. «Лечение»)*

- Медицинскими показаниями к выписке пациента из стационара рекомендуется считать стабилизацию психофизического состояния пациента.

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *Стабилизация психофизического состояния пациента предполагает:*

- *редукцию синдрома патологического влечения к ПАВ, проявляющуюся в поведенческой, аффективной, идеаторной и вегетативной сферах. Ориентировочно динамику и выраженность проявлений синдрома ПВН можно оценить по количественной шкале М.А. Винниковой (Приложение 3).*

- *положительную динамику неврологических расстройств: тремора, головной боли, тяжести в голове (если таковые имелись);*

- *положительную динамику соматических расстройств: тошноты, рвоты, пароксизмальной потливости, АД (если таковые имелись).*

Критерии качества оценки медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом не позднее 2 часов с момента поступления в стационар		GPP
2.	Выполнен анализ мочи общий	5	C
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза общий билирубин, прямой билирубин, альбумин, глюкоза, общий холестерин)	5	C
4.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	5	C
5.	Выполнено электрокардиографическое исследование с расшифровкой, описанием и интерпретацией данных	5	C
6.	Проведен ИФА при первичном скрининге мочи на содержание ПАВ	3	C
7.	Проведено подтверждение с помощью ГХ/МС или ВЭЖХ при положительных результатах ИФА	3	C
8.	Проведена терапия блокаторами опиатных рецепторов длительного действия – налтрексоном при синдроме зависимости от опиатов (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1	A
9.	Проведена терапия дисульфирамом при синдроме зависимости от кокаина, других стимуляторов, включая кофеин (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	3	C
10.	Проведена терапия препаратами группы «Антидепрессанты» при наличии депрессивных расстройств в структуре патологического влечения к ПАВ (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	3	C
11.	Проведена терапия лекарственными средствами группы «Противоэпилептические препараты» при резких, аффективно насыщенных обострениях патологического влечения к ПАВ (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	3	C
12.	Проведена терапия препаратами группы «Антипсихотические средства» при наличии психомоторного возбуждения, агрессивного, суицидального или психопатоподобного поведения, сверхценных образований в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	3	C
13.	Проведена терапия препаратами группы «Другие психостимуляторы и ноотропные препараты» (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	3	C

Список литературы

- Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А., редакторы. Наркология: национальное руководство. 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 944с.
- Pertwee R.G. Ligands that target cannabinoid receptors in the brain: from THC to anandamide and beyond. *Addict Biol.* 2008 Jun;13(2):147-59. doi: 10.1111/j.1369-1600.2008.00108.x. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18482430/> Дата обращения: 20.04.2017
- Di Marzo V., De Petrocellis L., Fezza F., Ligresti A., Bisogno T. Anandamide receptors. *ProstaglandinsLeukotEssentFattyAcids.* 2002 Feb-Mar;66(2-3):377-391. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12052051>. Дата обращения: 20.04.2017
- Соловьев А.Г., Вязьмин А.М., Мордовский Э.А. Методологические подходы к учету алкоголь-атрибутивной смертности в России и за рубежом. *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии.* 2012;4(10):30-41.
- Global status report on alcohol and health — 2014 ed. URL: www.who.int World Health Organization 2014. 86 с. ISBN 978 92 4 069276 3 (PDF) Дата обращения: 28.02.2017
- Всемирный доклад о наркотиках. 2015. URL: http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_R.pdf Дата обращения: 28.02.2017.
- Всемирный доклад о наркотиках. 2013. URL: http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/WDR2013ExSum_R.pdf Дата обращения: 28.02.2017
- Word Drug Report 2018 URL: http://www.unodc.org/wdr2018/pre-launch/WDR18_Booklet_2_GLOBAL.pdf Дата обращения: 10.08.2018.

9. European Drug Report 2016: Trends and Developments. EMCDDA, Lisbon, May 2016 URL:<http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2016>. Дата обращения: 10.07.2018.
10. Perspectives On Drugs Cocaine trafficking to Europe. URL:http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2702/Cocaine%20trafficking_POD2016.pdf Дата обращения: 28.02.2017.
11. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. Часть II URL:http://www.narkotiki.ru/5_5663.htm Дата обращения: 28.02.2017
12. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2014 год. URL:<http://www.nncn.ru/objects/nncn01/1425384831.pdf> Дата обращения: 28.02.2017
13. European Drug Report 2015 Trends and Developments EMCDDA, Lisbon, June 2015 URL:<http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2015> Дата обращения: 28.02.2017
14. EMCDDA-Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision URL:<http://www.emcdda.europa.eu/publications/implementation-reports/2014>. Дата обращения: 28.02.2017
15. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах: статистический сборник. М.: НИИ наркологии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. 2016; 177 с.
16. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015-2016 годах: Статистический сборник. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 2017; 183 с.
17. Научно обоснованное мнение о безопасности кофеина. Часть 2. Наркология. 2015;9:45-59 (пер. EFSAJournal 2015 13(5)).
18. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2. Mental Disorders — classification. 3. Mental Disorders—diagnosis. WM 15.: 481-590, 809-916. URL:<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Дата обращения: 10.09.2018.
19. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике. Руководство для практикующих врачей. Под общей редакцией чл.-корр. РАМН Ю.А. Александровского, проф. Н.Г. Незнанова. М.:Литттера; 2014. 582-692.
20. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г., редакторы. Психиатрия: национальное руководство. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018. 1008 с.
21. Standridge J. B., Adams S. M., Zotos A.P. Urine Drug Screening: A Valuable Office Procedure. Am. Fam. Physician. 2010Mar 1;81(5):635-640.
22. Moeller K.E., Lee K.C., Kissack J.C. Urine drug screening: practical guide for clinicians [published correction appears in Mayo Clin Proc. 2008; 83(7): p. 851]. Mayo Clin Proc. 2008;83(1):66-76.
23. Jaffee W.B., Trucco E., Levy S., Weiss R.D. Is this urine really negative? A systematic review of tampering methods in urine drug screening and testing. Subst Abuse Treat. 2007;33(1):33-42.
24. US Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Division of Workplace Programs. Urine specimen collection handbook for federal agency workplace drug testing programs. November 2004. URL:[http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Level_1_Pages/HHS%20Urine%20Specimen%20Collection%20Handbook%20\(Effective%20November%201,%202004\).aspx](http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Level_1_Pages/HHS%20Urine%20Specimen%20Collection%20Handbook%20(Effective%20November%201,%202004).aspx). Дата обращения: 28.02.2017
25. Minozzi S., Amato L., Vecchi S. (2011) Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. CochraneDatabaseSystRev 4: CD001333. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/026988112444324>. Дата обращения: 01.12.2017
26. NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence (2007d) Naltrexone for the management of opioid dependence: NICE technology appraisal guidance 115. London: National Institute for Health and Clinical Excellence URL:<http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/026988112444324>. Дата обращения: 01.12.2017.
27. Brewer C., Krupitsky E. Antagonists for the treatment of opioid dependence. In: Interventions for addiction: comprehensive addictive behaviors and disorders. Elsevier inc. San Diego: Academic press. 2013;427-438.
28. Krupitsky E., Zvartau E., Woody G. Use of different drug formulations of opioid antagonist (naltrexone) to treat opioid dependence in Russia. Textbook of addiction treatment: international perspectives In el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M. (Eds). Springer-Verlag; 2015. p. 521-530. DOI 10.1007/978-88-470-5322-9_23. ISBN: 978-88-470-5321-2 (Print) and 978-88-470-5322-9 (Online).
29. Крупицкий Е.М., Звартан Э.Э., Цой М.В., Масалов Д.В., Бураков А.М., Егорова В.Ю., Диденко Т.Ю., Романова Т.Н., Иванова Е.Б., Беспалов А.Ю., Вербицкая Е.В., Незнанов Н.Г., Гриненко А.Я., О'Брайен Ч., Вуди Д. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности налтрексона для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2003;2(X):23-30.
30. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V., Tsoi M.V., Burakov A.M., Didenko T.Y., Romanova T.N., Ivanova E.B., Egorova V.Y., Bespalov A.Y., Verbitskaya E.V., Martynikhin A.V., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., Woody G. A double-blind, placebo-controlled clinical trial of naltrexone for heroin addiction and HIV risk reduction in Russia. NIDA satellite sessions with the XIV international AIDS conference: 2002 July 7-11; Barcelona, Spain; 86-89.
31. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V., Tsoi M.V., Burakov A.M., Egorova V.Y., Didenko T.Y., Romanova T.N., Ivanova E.B., Bespalov A.Y., Verbitskaya E.V., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., O'Brien C.P., Woody G.E. Naltrexone for heroin dependence treatment in St. Petersburg, Russia. Journal of substance abuse treatment. 2004;26:285-294.
32. Крупицкий Е.М., Звартан Э.Э., Цой М.В., Масалов Д.В., Бураков А.М., Егорова В.Ю., Диденко Т.Ю., Романова Т.Н., Иванова Е.Б., Беспалов А.Ю., Вербицкая Е.В., Незнанов Н.Г., Гриненко А.Я., О'Брайен Ч., Вуди Д. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности налтрексона для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией. Вопросы наркологии. 2005;3:24-35.
33. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V. et al. Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction. Journal of substance abuse treatment. 2006;31:319-328.
34. Krupitsky E., Woody G.E., Zvartau E., O'Brien C.P. Addiction treatment in Russia. Lancet. 2010 Oct 2; 376 (9747):1145. PubMed PMID: 20888988. Comment on: Lancet. 2010 Jul 3;376(9734):13-14.
35. Крупицкий Е.М., Блохина Е.А. Применение пролонгированных форм налтрексона для лечения зависимости от опиатов. Вопросы наркологии. 2010;4:32-43.
36. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Новая пролонгированная форма налтрексона — «продетоксон, таблетки для имплантации» в комплексной терапии больных с зависимостью от опиатов. Вопросы наркологии. 2005;3:3-13.
37. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Опыт применения вивитрола (налтрексон длительного действия) в зарубежной практике. Вопросы наркологии. 2008;6:73-85.
38. Carroll K.M., Nich C., Ball S.A., Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. Addiction. 1998;93:713-728.
39. Baker J.R., Jatlow P., McCance-Katz E.F. Disulfiram effects on responses to intravenous cocaine administration. Drug Alcohol Depend. 2007;87:202-209.
40. Pettinati H.M., Kampman K.M., Lynch K.G. A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating co-occurring cocaine and alcohol dependence. Addict Behav. 2008a;33:651-667.

41. Amato L., Minozzi S., Pani P.P., Solimini R., Vecchi S., De Crescenzo F., Zuccaro P., Davoli M. Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 May 27;(5):CD003352. doi: 10.1002/14651858.CD003352.pub4. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26014366>. Дата обращения: 13.07.2018
42. Lingford-Hughes A.R., Welch S., Peters L., Nutt D.J. et al. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269881112444324> Дата обращения: 13.07.2018.
43. Kampman K.M., Pettinati H.M., Lynch K.G., Spratt K., Wierzbicki M.R., O'Brien C.P. A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for the treatment of comorbid cocaine and alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2013 Nov 1;133(1):94-99. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.05.026.
44. Palpacuer C., Duprez R., Huneau A., Locher C., Boussageon R., Laviolle B., Naudet F. Pharmacologically controlled drinking in the treatment of alcohol dependence or alcohol use disorders: a systematic review with direct and network meta-analyses on nalmefene, naltrexone, acamprosate, baclofen and topiramate. *Addiction.* 2018 Feb;113(2):220-237. doi: 10.1111/add.13974.
45. Soyka M., Kranzler H.R., Hesselbrock V., Kasper S., Mutschler J., Möller H.J. Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: Alcoholism, first revision. URL: http://www.wfsbp.org/fileadmin/user_upload/Treatment_Guidelines/Guidelines_for_biological_treatment_of_substance_use_and_related_disorders. Дата обращения: 13.07.2018
46. Soyka M., Kranzler H.R., van den Brink W., Krystal J., Möller H.J., Kasper S. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of substance use and related disorders. Part 2: Opioid dependence. *World J Biol Psychiatry.* 2011 Apr;12(3):160-87. doi: 10.3109/15622975.2011.561872. URL: http://www.wfsbp.org/fileadmin/user_upload/Treatment_Guidelines/Guidelines_for_biological_treatment_of_substance_use_and_related_disorders. Дата обращения: 13.07.2018
47. Härtel-Petri R., Krampe-Scheidler A., Braunwarth W.D Havemann-Reinecke U., Jeschke P. et al. Evidence-Based Guidelines for the Pharmacologic Management of Methamphetamine Dependence, Relapse Prevention, Chronic Methamphetamine-Related, and Comorbid Psychiatric Disorders in Post-Acute Settings. *Pharmacopsychiatry.* 2017 May;50(3):96-104. doi: 10.1055/s-0043-105500.
48. Martinotti G., Orsolini L., Fornaro M., Vecchiotti R., De Berardis D., Iasevoli F., Torrens M., Di Giannantonio M. Aripiprazole for relapse prevention and craving in alcohol use disorder: current evidence and future perspectives. *Expert Opin Investig Drugs.* 2016 Jun;25(6):719-728. doi: 10.1080/13543784.2016.1175431. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27098451>. Дата обращения: 13.07.2018
49. Pani P.P., Trogu E., Vecchi S., Amato L. Antidepressants for cocaine dependence and problematic cocaine use. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7;(12):CD002950. doi: 10.1002/14651858.CD002950. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161371>. Дата обращения: 13.07.2018
50. Alvarez Y., Pérez-Mañá C., Torrens M., Farré M. Antipsychotic drugs in cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis. *Subst Abuse Treat.* 2013 Jul;45(1):1-10. doi: 10.1016/j.jsat.2012.12.013.
51. Indave B.I., Minozzi S., Pani P.P., Amato L. Antipsychotic medications for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 19;3:CD006306. doi: 10.1002/14651858.CD006306.pub3. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26992929>. Дата обращения: 13.07.2018
52. Beresford T., Buchanan J., Thumm E.B., Emrick C., Weitzenkamp D., Ronan P.J. Late Reduction of Cocaine Cravings in a Randomized, Double-Blind Trial of Aripiprazole vs Perphenazine in Schizophrenia and Comorbid Cocaine Dependence. *J Clin Psychopharmacol.* 2017 Dec;37(6):657-663. doi: 10.1097/JCP.0000000000000789. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28984746>. Дата обращения: 13.07.2018
53. Агibalова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д. Введение в психотерапию в наркологии, применение научно-доказательных моделей психотерапевтического воздействия. Оценка эффективности психотерапии. В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭ-ОТАР-Медиа, 2016; Глава 10; С. 688-699.
54. Назыров Р.К., Ремесло М.Б., Ляшковская С.В. и др. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014; 19 с.
55. Norcross J.C., Lambert M.J. Evidence-based therapy relationships. In: J. C. Norcross. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness.* New York: Oxford University Press, 2011; 3-24.
56. Smedslund G., Berg R.C., Hammerström K.T., et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; CD008063.
57. Magill M., Ray L.A. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs.* 2009; № 70 (4): 516-27.
58. Агibalова Т.В., Шустов Д.И., Кошкина Е.А., Тучина О.Д. Психотерапия в наркологии — обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 1. Психотерапия как эмпирически обоснованный метод лечения. *Вопросы наркологии.* 2015; № 2: С. 69 — 81.
59. Агibalова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д., Тучин П.В. Психотерапия в наркологии — обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 2. Эмпирически обоснованные методы психотерапии наркологических заболеваний. *Вопросы наркологии.* 2015; № 5: С. 46 — 65.
60. Tai V., Straus M.M., Liu S.D. et al. The first decade of the national drug abuse treatment clinical trials network: bridging the gap between research and practice to improve drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2010; № 38 (Suppl. 1): 4-13.
61. Glasner-Edwards S., Rawson R. Evidence-based practices in addiction treatment: review and recommendations for public policy. *Health Policy.* 2010; №97 (2-3):93-104.
62. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. NIH, 2012; 176 p.
63. World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: WHO, 2009; 110 p.
64. Morin J., Harris M., Conrod P. A review of CBT treatments for Substance Use Disorders. *Oxford Handbooks Online.* 2017; URL: <http://www.oxfordhandbooks.com>. view. 10.1093. oxfordhb.9780199935291.001.0001. oxfordhb-9780199935291-e-57.
65. McGovern M.P., Carroll K.M. Evidence-based practices for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2003; № 26(4): 991-1010.
66. Carroll K.M., Kiluk B.D. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychol Addict Behav.* 2017; № 31 (8): 847-861.
67. Dutra L, Stathopoulou G, Basden S, et al. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 2008; № 165:179-87.
68. Conrod P.J. Personality-Targeted Interventions for Substance Use and Misuse. *Current Addiction Reports.* 2016; № 3(4): 426-36.
69. Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for

- opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; № 9:CD005031.
70. Chung T., Noronha A., Carroll K.M., Potenza M.N. et al. Brain mechanisms of change in addiction treatment: models, methods, and emerging findings. *Curr Addict Rep.* 2016; № 3(3): 332-342.
 71. Lundahl B.W., Kunz C., Brownell C., Tollefson D., Burke B.L. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice.* 2010; № 20(2): 137-160.
 72. McHugh R. K., Hearon B. A., Otto M. W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2010; № 33 (3): 511-525.
 73. McHugh R.K., Whitton S.W., Peckham A.D., et al. Patient preference for psychological vs pharmacological treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry.* 2013; № 74 (6): 595-602.
 74. Magill M., Kiluk B.D., McCrady B.S., Tonigan J.S., Longabaugh R. Active ingredients of treatment and client mechanisms of change in behavioral treatments for alcohol use disorders: progress 10 years later. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015; № 39 (10): 1852-62.
 75. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Голощапов И.В., Рычкова О.В. Соплате на лечение в наркологии: старая проблема и новый подход. *Наркология.* 2008; № 1: С. 91-95.
 76. Dugosh K., Abraham A., Seymour B., et al. A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction. *Addict Med.* 2016; № 10(2): 93-103.
 77. Simpson D.D., Flynn P.M. Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS): a national evaluation of treatment effectiveness. In: Fisher G., Roget N. *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, and Recovery.* Thousand Oaks (CA): Sage Publishing, 2008; 303-7.
 78. Агибалова Т.В., Поплевченков К.Н. Нарушения когнитивных функций у больных опиоидной наркоманией. *Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова.* 2012; № 5: С. 24-28.
 79. Fals-Stewart W., Lucente S. The effect of cognitive rehabilitation on the neuropsychological status of patients in drug abuse treatment who display neurocognitive impairment. *Cognit Rehabil.* 1994; № 39: 75-94.
 80. Bickel W.K., Yi R., Landes R.D., Hill P., Baxter C. Remember the future: Working memory training decreases temporal discounting among stimulant addicts. *Biological Psychiatry.* 2011; № 69(3): 260-265.
 81. Bickel W., Jarmolowicz D.P., Mueller E.T., Koffarnus M.N., Gatchalian K.M. Excessive discounting of delayed reinforcers as a trans-disease process contributing to addiction and other disease-related vulnerabilities: Emerging evidence. *Pharmacology & Therapeutics.* 2012; № 134 (3): 287-97
 82. Hien D.A., Wells E.A., Jiang H., et al. Multisite randomized trial of behavioral interventions for women with co-occurring PTSD and substance use disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2009; № 77: 607-619.
 83. Bell M.D., Laws H. B., Petrakis I.B. A randomized controlled trial of cognitive remediation and work therapy in the early phase of substance use disorder recovery for older veterans: Neurocognitive and substance use outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal,* 2017; № 40(1): 94-102.
 84. Rezapour T., Hatami J., Farhoudian A., et al. NEuro COgnitive REhabilitation for Disease of Addiction (NECOREDA) Program: From Development to Trial. *Basic Clin Neurosci.* 2015; № 6(4): 291-8.
 85. Grant S., Colaiaco B., Motala A., et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addict Med.* 2017; № 11(5): 386-396.
 86. Hendershot C.S., Witkiewitz K., George W.H., Marlatt G.A. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2011; № 19: 6-17.
 87. Azizi A., Borjali A., Golzari M. The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictive problems of substance abusers. *Iran J Psychiatry.* 2010; № 5(2): 60-5.
 88. Valentine S.E., Bankoff S.M., Poulin R.M. et al. The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. *J Clin Psychol.* 2015; № 71(1): 1-20.
 89. Tang Y.Y., Tang R., Posner M.I. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug Alcohol Depend.* 2016; № 163 (Suppl 1): 13-8.
 90. Grow J.C., Collins S.E., Harrop E.N., Marlatt G.A. Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive Behaviors.* 2015; № 40: 16-20.
 91. Carroll K.M., Onken L.S. Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry.* 2005; № 162: 1452-60.
 92. Bowen S., Witkiewitz K., Clifasefi S. L., et al. Relative efficacy of mindfulness based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014; № 71 (5): 547-556.
 93. Glasner S., Mooney L.J., Ang A., et al. Mindfulness-based relapse prevention for stimulant dependent adults: a pilot randomized clinical trial. *Mindfulness.* 2017; № 8: 126-135.
 94. Marlatt G. A., Gordon J. R. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York, NY: Guilford, 2005; 418 p.
 95. Szapocznik J., Zarate M., Duff J., et al. Brief strategic family therapy: engaging drug using, problem behavior adolescents and their families in treatment. *Soc Work Public Health.* 2013; № 28: 206-223
 96. Fals-Stewart W., O'Farrell T.J., Birchler G.R. Behavioral couples therapy for male methadone patients: effects on drug-using behavior and relationship adjustment. *Behav Ther.* 2001; № 32: 391-411.
 97. Fals-Stewart W., O'Farrell T.J. Behavioral family counseling and naltrexone for male opioid-dependent patients. *J Consult Clin Psychol.* 2003; № 71: 432-442.
 98. Henderson C.E., Dakof G.A., Greenbaum P.E., Liddle H.A. Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol.* 2010; № 78(6): 885-97.
 99. Slesnick N., Zhang J. Family systems therapy for substance-using mothers and their 8- to 16-year-old children. *Psychol Addict Behav.* 2016; № 30(6): 619-29.
 100. Barrowclough C., Haddock G., Tarrrier N., et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001; № 158: 1706-13.
 101. Mueser K.T., Glynn S.M., Cather C., A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophr Bull.* 2013; № 39(3): 658-72.
 102. Haaga D.A., McCrady B., Lebow J. Integrative principles for treating substance use disorders. *J Clin Psychol.* 2006; № 62(6): 675-84.
 103. Norcross J.C., Lambert M.J. *Psychotherapy relationships that work II.* Psychotherapy. 2011; № 48(1): 4-8.
 104. Imel Z.E., Wampold B.E., Miller S.D., Fleming R.R. Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychol Addict Behav.* 2008; № 22(4): 533-43.
 105. Meier P.S., Donmall M.C., McElduff P., et al. The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence.* 2006; № 83(1): 57-64.
 106. Meier P.S., Barrowclough C., Donmall M.C. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction.* 2005; № 100 (3): 304-316.
 107. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Шустов Д.И., Бузик О.Ж. Терапевтический альянс как основной фактор формирования со-

- трудничества в процессе лечения больных опиоидной зависимостью. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2014; № 5 (2): С. 57-63.
108. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Шустов Д.И. Значение терапевтического альянса для формирования комплаиантного поведения у больных опиоидной наркоманией. Теория и практика психотерапии, 2015; №4 (8): С. 75—82.
109. Urbanoski K.A., Kelly J.F., Hoepfner B.V., Slaymaker V. The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *J Subst Abuse Treat.* 2012; № 43(3): 344-51.
110. Moyers T.B., Miller W.R. Is low therapist empathy toxic? *Psychol Addict Behav.* 2013; № 27 (3): 878—884.
111. White W.L., Miller W.R. The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for a change. *The Counselor.* 2007; №8 (4):12—30.
112. Gudyish J., Campbell B.K., Manuel J.K., et al. Does treatment fidelity predict client outcomes in 12-Step Facilitation for stimulant abuse? *Drug Alcohol Depend.* 2014; № 134: 330-336.
113. Saarnio P. Factors associated with dropping out from outpatient treatment of alcohol—other drug abuse. *Alcoholism Treatment Quarterly.* 2002; № 20(2): 17—33.
114. Morgenstern J., Kuerbis A., Amrhein P., et al. Motivational interviewing: a pilot test of active ingredients and mechanisms of change. *Psychol Addict Behav.* 2012; № 26(4): 859— 869.
115. Moos R.H. Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction.* 2005; № 100(5): 595-604.
116. Baker A., Lee N.K., Claire M., et al. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction.* 2005; № 100: 367—78.
117. Zahradnik A., Otto C., Crackau B., et al. Randomized controlled trial of a brief intervention for problematic prescription drug use in non-treatment-seeking patients. *Addiction.* 2009; № 104(1): 109-17.
118. de Gier N.A., Gorgels W.J., Lucassen P.L., et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use: 10-year follow-up. *Fam Pract.* 2011; № 28:253-9.
119. Fischer B., Dawe M., McGuire F., et al. Feasibility and impact of brief interventions for frequent cannabis users in Canada. *J Subst Abuse Treat.* 2013; № 44: 132-138.
120. Bernstein E., Edwards E., Dorfman D., et al. Screening and brief intervention to reduce marijuana use among youth and young adults in a pediatric emergency department. *Society for Academic Emergency Medicine.* 2009; № 16(11): 1174—1185.
121. Klimas J., Tobin H., Field C.A., et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12; Art. No.: CD009269.
122. Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev.* 2010; № 29: 631-40.
123. Witkiewitz K., Hartzler B., Donovan D. Matching motivation enhancement treatment to client motivation: re-examining the Project MATCH motivation matching hypothesis. *Addiction.* 2010; № 105(8): 1403-13.
124. Lundahl B., Burke B.L. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol.* 2009; № 65: 1232-45.
125. Ball S.A., Martino S., Nich C., et al. Site matters: multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *J Consult Clin Psychol.* 2007; № 75: 556-67.
126. Sayegh C.S., Huey S.J., Zara E.J., Jhaveri K. Follow-up treatment effects of contingency management and motivational interviewing on substance use: A meta-analysis. *Psychol Addict Behav.* 2017; № 31: 403-414.
127. Gates P.J., Sabioni P., Copeland J., et al. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; CD005336.
128. Baker A., Bucci S., Lewin T. J., et al. Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry.* 2006; № 188: 439-448.
129. Fiellin D.A., Barry D.T., Sullivan L.E., et al. A randomized trial of cognitive behavioral therapy in primary care-based buprenorphine. *Am J Med* 2013; № 126: 74.e11. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23260506>.
130. Carroll K.M., Nich C., Lapaglia D.M., et al. Combining cognitive behavioral therapy and contingency management to enhance their effects in treating cannabis dependence: less can be more, more or less. *Addiction.* 2012; 107: 1650-9.
131. Darker C.D., Sweeney B.P., Barry J.M., et al. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD009652.
132. Vocci F.J., Montoya I.D. Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. *Curr Opin Psychiatry.* 2009; 22: 263-8.
133. Moeller F.G., Schmitz J.M., Steinberg J.L., et al. Citalopram combined with behavioral therapy reduces cocaine use: a double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2007; № 33: 367-78.
134. Rawson R.A., Marinelli-Casey P., Anglin M.D., et al. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction.* 2004; № 99(6): 708-17.
135. Brewer J.A., Sinha R., Chen J.A., et al. Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Subst Abuse.* 2009; №30: 306—317.
136. Imani S., Vahid M.K.A., Gharraee B., et al. Effectiveness of mindfulness-based group therapy compared to the usual opioid dependence treatment. *Iran J Psychiatry.* 2015; № 10:175—184.
137. Benishek L.A., Dugosh K.L., Kirby K.C., et al. Prize-based contingency management for the treatment of substance abusers: a meta-analysis. *Addiction.* 2014; № 109: 1426-36.
138. Lussier J.P., Heil S.H., Mongeon J.A., et al. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction* 2006; № 101: 192-203.
139. Petry N.M., Carroll K.M. Contingency management is efficacious in opioid-dependent outpatients not maintained on agonist pharmacotherapy. *Psychol Addict Behav.* 2013; № 27: 1036-46.
140. Kidorf M., Brooner R.K., Gandotra N., et al. Reinforcing integrated psychiatric service attendance in an opioid-agonist program: a randomized and controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 2013; № 133: 30-36.
141. Budney A.J., Stanger C., Tilford J.M., et al. Computer-assisted behavioral therapy and contingency management for cannabis use disorder. *Psychol Addict Behav.* 2015; № 29: 501-11.
142. Petry N.M., Barry D., Alessi S.M., et al. A randomized trial adapting contingency management targets based on initial abstinence status of cocaine-dependent patients. *J Consult Clin Psychol.* 2012; № 80: 276-85.
143. Minozzi S., Saulle R., De Crescenzo F., Amato L. Psychosocial interventions for psychostimulant misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016; Issue 9. Art. No.: CD011866.
144. Linehan M.M., Dimeff L.A., Reynolds S.K., et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2002; № 67: 13-26.
145. Dimeff L.A., Linehan M.M. Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addict Sci Clin Pract.* 2008; № 4(2): 47-9.

146. Lana F., Sánchez-Gil C., Adroher N.D., et al. Comparison of treatment outcomes in severe personality disorder patients with or without substance use disorders: a 36-month prospective pragmatic follow-up study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; № 12: 1477-87.
147. Lee N.K., Cameron J., Jenner L. A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug Alcohol Rev.* 2015; № 34(6): 663-72.
148. Forghani M., Abadi B. H. The Effect of group therapy with transactional analysis approach on emotional intelligence, executive functions and drug dependency. *Iranian Journal Of Psychiatry & Behavioral Sciences.* 2016; № 10(2): 1-6.
149. Olson R.P., Ganley R., Devine V.T., Dorsey G.C. Long-term effects of behavioral versus insight-oriented therapy with inpatient alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1981; № 48: 866-877.
150. Ohlsson T. Effects of transactional analysis psychotherapy in therapeutic community treatment of drug addicts. *Transactional Analysis Journal.* 2002; № 32: 153-177.
151. Shustov D.I., Tuchina O.D., Novikov S. Fedotov I. Combinations of injunctions and personality types determining forms of self-destructive behavior in alcohol-dependent clients: findings of a russian observational study. *IJTAR (International Journal of Transactional Analysis Research).* 2016; № 7 (2): 10-20.
152. Knekt P., Laaksonen M. A., Raitasalo R., Haaramo P., Lindfors O. Changes in life style for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *European Psychiatry.* 2010; № 25: 1-7.
153. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis.* 2005; № 86: 841-868.
154. Leichsenring, F., Leibing, E. Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy.* 2007; № 80: 217- 228.
155. Luborsky L., Woody G.E., Hole A.V., Velleco A. Supportive-expressive dynamic psychotherapy for treatment of opiate drug dependence. In: Barber J.P, Crits-Christoph, P, Ed, *Dynamic therapies for psychiatric disorders.* Axis I. New York: Basic Books, 1995; 131-160.
156. Woody G.E, McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P. Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *American Journal of Psychiatry.* 1995; № 152 (9):1302-1308.
157. Stulz N., Thase M.E., Gallop R., Crits-Christoph P. Psychosocial treatments for cocaine dependence: the role of depressive symptoms *Drug Alcohol Depend.* 2011; № 114(1): 41-8.
158. Crits-Christoph P., Gibbons M.B., Gallop R., Ring et al. Supportive-expressive psychodynamic therapy for cocaine dependence: a closer look. *Psychoanal Psychol.* 2008; № 25(3): 483-498.
159. Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V., et al. A preliminary report of twelve step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance abusing methadone maintained opiate addicts. *Behav Ther.* 2004; № 35: 667-688.
160. Gossop M., Stewart D., Marsden J. Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study. *Addiction.* 2008; № 103: 119-25.
161. Donovan D.M., Wells E.A. "Tweaking 12-step": The potential role of 12-Step self-help group involvement in methamphetamine recovery. *Addiction.* 2007; №102(Suppl. 1): 121-129.
162. Kelly J.F., Yeterian J.D., Cristello J.V., et al. Developing and testing twelve-step facilitation for adolescents with substance use disorder: manual development and preliminary outcomes. *Subst Abuse.* 2016; № 10: 55-64.
163. Carroll K.M., Nich C., Shi J.M., Eagan D., Ball S.A. Efficacy of disulfiram and Twelve Step Facilitation in cocaine-dependent individuals maintained on methadone: a randomized placebo-controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 2012; № 126(1-2): 224-31.
164. Gudyish J., Campbell B.K., Manuel J.K., et al. Does treatment fidelity predict client outcomes in 12-Step Facilitation for stimulant abuse? *Drug Alcohol Depend.* 2014; № 134: 330-336.
165. Pearson F.S., Prendergast M.L., Podus D. et al. Meta-analyses of seven of the National Institute on Drug Abuse's principles of drug addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment ,* 2012; № 43 (1): 1 — 11.
166. De Leon G., Sacks S., Staines G., McKendrick K. Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2000; № 26: 461-480.
167. Carr W.A., Ball S.A. Predictors and treatment outcomes of perceived ward atmosphere among therapeutic community residents. *J Subst Abuse Treat.* 2014; № 46(5): 567-73.
168. Carroll K.M. Behavioral therapies for co-occurring substance use and mood disorders. *Biol Psychiatry.* 2004; № 56(10): 778-84.
169. Cakmak S., Sut H., Ozturk S., Tamam L., Bal U. The effects of occupational therapy and psychosocial interventions on interpersonal functioning and personal and social performance levels of corresponding patients. *Noro Psikiyatri Arsivi [Internet]. Turk Noropsikiyatri Dernegi.* 2016; № 53(3): 234-40.
170. Schumacher J.E., Milby J.B., Wallace D., et al. Meta-analysis of day treatment and contingency-management dismantling research: Birmingham Homeless Cocaine Studies (1990-2006). *J Consult Clin Psychol.* 2007; № 75(5): 823-8.
171. Davis A., Marlow A. Occupational Therapy: Implications for substance abuse recovery and the criminal justice system. *Innovative Practice Projects.* 2014; Paper 54. URL: <http://commons.pacificu.edu/ipp/54>.
172. Hohmann L., Bradt J., Stegemann T., Koelsch S. Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *PLoS One.* 2017; № 12(11): e0187363. URL: doi: 10.1371/journal.pone.0187363.
173. United Nations. Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2003; 143 p.
174. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М., 2002; 256 с.
175. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. М., 1997.
176. Дудко Т.Н. Концепции, принципы, технологии, методология, условия, порядок оказания реабилитационной помощи. В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. *Наркология: национальное руководство.* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; С. 774-787.
177. Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами. *Российский медицинский журнал.* 2013; № 4: С. 45-49.
178. Агibalова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации. *Вопросы наркологии.* 2015; № 3: С. 87 - 107.
179. Hagen E., Erga A.H., Hagen K.P., et al. Assessment of executive function in patients with substance use disorder: a comparison of inventory- and performance-based assessment. *J Subst Abuse Treat.* 2016; № 66: 1-8.
180. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. *Психотерапия,* 2003; № 12: С.15-24.

181. Kopelman M.D., Thomson A., Guerrini I., Marshall E. J. The Korsakoff syndrome: clinical aspects, psychology and treatment. *Alcohol & Alcoholism*. 2009; № 44: 148–154.
182. Брюн Е.А., Москвичев В.Г., Духанина И.В. Реабилитационно-профилактические технологии наркологической помощи. *Здравоохранение Российской Федерации*, 2007; № 4: С.16-19.
183. Брюн Е.А. Совершенствование технологий управления профилактической и лечебно-реабилитационной наркологической помощью: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2007.
184. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2003.
185. Дудко Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии. *Вопросы наркологии*. 1999; № 2: С. 28–34.
186. Winters K.C., Botzet A., Fahnhorst T. Advances in adolescent substance abuse treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2011; № 13(5): 416-21.
187. Soyka M. Treatment of opioid dependence with buprenorphine: current update. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017; №19(3): 299-308.
188. Moos R.H. Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2007; № 88 (2-3):109-21.
189. Дудко Т.Н. Концепции, принципы, технологии, методология, условия, порядок оказания реабилитационной помощи. В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. *Наркология: национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; С. 774-787.
190. Дудко Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медикосоциальной реабилитации. *Вопросы наркологии*. 2000; № 3: С. 13–21.
191. United Nations. *TREATNET Quality standards for drug dependence treatment and care services*. New York: UNITED NATIONS, 2012; 60 p.
192. Tai B., Volkow N.D. Treatment for substance use disorder: opportunities and challenges under the affordable care act. *Soc Work Public Health*. 2013; № 28 (3-4): 165-174.
193. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ. В кн.: Н.Н. Иванец. *Лекции по наркологии*. М.: Нолидж, 2000; С. 341–364.
194. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Психотерапия в реабилитации наркологических больных. В кн. *Национальное руководство по наркологии*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Глава 10: С. 740-743.
195. Sobell L.C., Sobell M.B., Agrawal S. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2009; № 23(4); 672–683.
196. Fals-Stewart W., O'Farrell T.J., Birchler G.R. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are, and where we're going. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2005; № 19 (3): 229–247.
197. Powers M.B., Vedel E., Emmelkamp P.M.G. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*. 2008; № 28 (6): 952-962.
198. Whitesell M., Bachand A., Peel J., Brown M. Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *J Addict*. 2013; 2013: 579310. URL: <https://www.hindawi.com/journals/jad/2013/579310>.
199. Fals-Stewart W, Clinton-Sherrod M. Treating intimate partner violence among substance-abusing dyads: The effect of couples therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2009; №40(3): 257–263.
200. Kraanen F.L., Vedel E., Scholing A., Emmelkamp P.M. The comparative effectiveness of Integrated treatment for Substance abuse and Partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2013; №13:189. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260515586369>
201. Klostermann K., Kelley M.L., Mignone T., Pusateri L., Wills K. Behavioral couples therapy for substance abusers: where do we go from here? *Subst Use Misuse*. 2011; № 46(12): 1502-9.
202. Тучин П.В. Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии в лечении больных опиоидной зависимостью: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27. М., 2014; 184 с.
203. Noce J.S., Noce S.F., McClellan A.T. The parenting function of therapeutic communities: Test of a model in an alcohol rehabilitation program. *Transactional Analysis Journal*. 1981; № 11: 236-240.
204. Knekt P., Laaksonen M. A., Raitasalo R., Haaramo P., Lindfors O. Changes in life style for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *European Psychiatry*. 2010; № 25: 1-7.
205. Nunes E.V., Rothenberg J.L., Sullivan M.A., Carpenter K.M., Kleber H.D. Behavioral therapy to augment oral naltrexone for opioid dependence: a ceiling on effectiveness? *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2006; № 32 (4): 503-17.
206. Wang D., Wang Y., Wang Y., Li R., Zhou C. Impact of physical exercise on substance use disorders: a meta-analysis. *PLoS One*. 2014; №9(10):e110728. URL: doi: 10.1371. journal.pone.0110728. eCollection 2014.
207. Rigger H., Pelc I., Tossmann P., et al. INCANT: a transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*; 2010; № 10(1). URL: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-10-28>.
208. Danovitch I., Gorelick D.A. State of the art treatments for cannabis dependence. *Psychiatr Clin North Am*. 2012; № 35(2):309-26.

Приложение А1.

Коллектив авторов

1. Агибалова Татьяна Васильевна, доктор медицинских наук. Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов). Национальное наркологическое общество. ЕАТА (Европейская ассоциация транзактного анализа).
2. Альтшулер Владимир Борисович, доктор медицинских наук, профессор. Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов). Национальное наркологическое общество.
3. Бузик Олег Жанович, доктор медицинских наук, Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов).
4. Винникова Мария Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор. Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов). Национальное наркологическое общество.
5. Козырева Анастасия Вадимовна, кандидат медицинских наук.
6. Кравченко Сергей Леонидович, кандидат медицинских наук. Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов). Национальное наркологическое общество
7. Лобачева Анна Станиславовна, кандидат медицинских наук.
8. Ненастьева Анна Юрьевна, кандидат медицинских наук. Национальное наркологическое общество. Российское общество психиатров.
9. Петухов Алексей Евгеньевич, кандидат фармацевтических наук. Федерация лабораторной медицины. Российская наркологическая лига.
10. Поплевченков Константин Николаевич, кандидат медицинских наук. Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов). Национальное наркологическое общество. Российское общество психиатров.
11. Титков Максим Сергеевич, кандидат медицинских наук. Национальное наркологическое общество
12. Уткин Сергей Ионович, кандидат медицинских наук. Российское общество психиатров. Федерация анестезиологов и реаниматологов.
13. Тучина Ольга Дмитриевна, психолог, ЕАТА (Европейская ассоциация транзакционного анализа), ISCAR (Международное общество культурно-исторических деятельностных исследований).

Состав рабочей группы

Председатель — Брюн Евгений Алексеевич, д.м.н., профессор.

Члены рабочей группы:

Агибалова Татьяна Васильевна, д.м.н.
Бедина Инесса Александровна., к.м.н.
Бузик Олег Жанович, д.м.н.
Винникова Мария Алексеевна, д.м.н., проф.
Кошкина Евгения Анатольевна, д.м.н., проф.
Михайлов Михаил Альбертович, к.м.н.
Надеждин Алексей Валентинович, к.м.н.
Поплевченков Константин Николаевич, к.м.н.
Тетенова Елена Юрьевна, к.м.н.

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

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

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

При разработке настоящих клинических рекомендаций использованы следующие информационные средства:

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

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

Уровень GPP — сложившаяся клиническая практика.

Уровень GPP используется в случае, если для данного тезиса-рекомендации отсутствуют доказательства, полученные на основании результатов систематического поиска и отбора КИ.

Уровень GPP используется для тезис-рекомендаций, относящихся к: сбору жалоб и анамнеза пациента; физикальному осмотру пациента; организации медицинской помощи (медицинского процесса); а также для медицинских вмешательств, для оценки эффективности и/или безопасности которых в силу этических причин (например, экстренная терапия и др.) невозможно выполнение КИ более высокого дизайна, чем несравнительные исследования, описания клинических случаев или серии случаев.

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

Рейтинговая схема оценки уровня достоверности доказательств для диагностических вмешательств

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

Примечание: УДД – уровень достоверности доказательств.

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

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

Примечание: УДД – уровень достоверности доказательств. РКИ – рандомизированное клиническое исследование

Рейтинговая схема оценки уровня убедительности рекомендаций для диагностических вмешательств

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

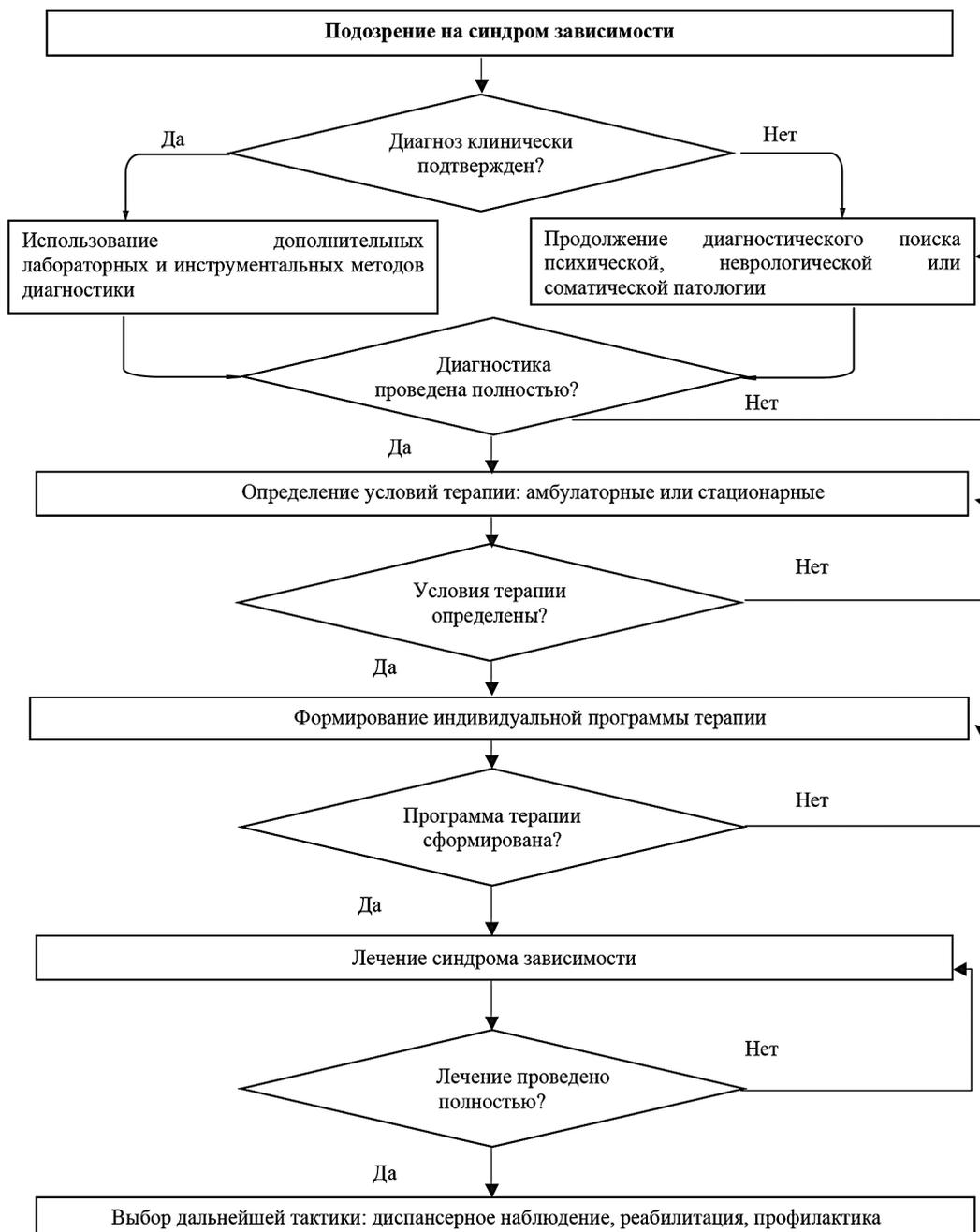
Примечание: УУР – уровень убедительности рекомендаций.

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

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

Примечание: УУР – уровень убедительности рекомендаций.

Приложение Б. Алгоритм диагностики синдрома зависимости



Приложение В. Информация для пациента

МИФЫ О НАРКОТИКАХ

Употребление наркотиков сопряжено с большим количеством заблуждений, с которыми врачи сталкиваются в своей ежедневной практике. Мы попытаемся развенчать некоторые из них.

Легкие наркотики безопасны.

Профессионалы не разделяют наркотики на «легкие» и «тяжелые». В этом и заключается опасность любых наркотиков — не важно, растительного или химического происхождения. Тяжесть наркомании, помимо вида наркотика, определяется генетическими факторами, личностными и характерологическими особенностями потребителя, его состоянием здоровья, социальным окружением.

Можно контролировать употребление наркотиков и успешно жить. Можно употреблять наркотики без зависимости.

Это, скорее, «вечная мечта» наркоманов. Все, кто связан с проблемой употребления наркотиков, слышали о таких людях, кто употребляет наркотики «когда захочется» и при этом «прекрасно живет». Однако, при этом следует признать, что никто их не видел... На поверку, за «благополучным» фасадом скрывается систематическое употребление со всеми возможными проблемами. Необходимо просто признать тот неоспоримый факт, что наркотики вызывают зависимость, что успешно доказано историей человечества.

Наркотики помогают в решении проблем.

Наркотики при первых пробах создают иллюзорное ощущение «отодвигания проблем на второй план». Коварство этого в том, что само по себе употребление наркотиков связано с огромным количеством вызываемых ими проблем не только с психическим и физическим состоянием здоровья, но и в остальных сферах жизни.

Однократная проба наркотиков безвредна.

Невозможно предсказать эффект наркотика на конкретного человека. В научной литературе имеется много неоспоримых данных о том, что даже разовая проба психоактивных веществ приводит к серьезным, а иногда и необратимым, изменениям в организме.

Наркотики позволяют раскрыть таланты, изменить-ся в лучшую сторону. Любые наркотики ничего не приносят в человеческий организм — они заставляют работать собственные органы и системы (особенно головной мозг) по-другому, расходуя собственные

ресурсы. При первых пробах существует обманчивое впечатление о «раскрытии чего-то нового», однако это впечатление весьма кратковременное. Дальнейшее систематическое употребление наркотиков отчасти связано с поиском и возобновлением первоначальных «необычных» ощущений, которые притупляются и исчезают по мере прогрессирования наркомании.

Наркомания — не болезнь, а слабость силы воли.

Наркомания — хроническое прогрессирующее заболевание, поражающее все органы и системы, а также действующее на все остальные сферы жизни. Воля человека становится полностью подчинена зависимости от наркотиков, их поиску, добыче денег, скрытию последствий употребления, самооправданиям и т.д. Причем для удовлетворения этих потребностей наркоманы имеют зачастую «несгибаемую» силу воли.

Наркомания неизлечима.

Как и любое хроническое заболевание, наркомания лечится трудно, долго. Так как это биопсихосоциальное заболевание, то только комплексное воздействие на все сферы жизнедеятельности приводит к успешному результату. Врачи необходимы на начальном этапе лечения, но далеко не всемогущи. По мере продолжения воздержания от наркотиков все больше внимания необходимо уделять окружению наркомана, условиям его жизни, занятости и пр. Необходимо заметить, что подавляющее большинство нарушений и последствий употребления наркотиков обратимы — по-видимому, это единственная положительная сторона употребления наркотиков.

«Ломка» — самое опасное состояние. Необходимо признать, что «ломка» субъективно весьма мучительна и сопровождается огромным количеством разнообразных неприятных ощущений. Однако, данные статистики свидетельствуют о том, что основной причиной смерти наркомана является передозировка наркотиками (нередко это первые пробы, когда по неопытности вводится большая доза). Что касается собственно синдрома отмены («ломки»), то она редко превышает 7—10 дней даже без медицинской помощи. В плане течения болезни и лечения «ломка» занимает весьма незначительную часть, а ее тяжесть часто не позволяет предсказать дальнейший результат. Угрожающим жизни состоянием синдром отмены становится через 15—20 лет систематического употребления наркотиков, т.е. при формировании третьей, конечной стадии заболевания и присоединения необратимых изменений.

F11.2xx ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ОПИАТОВ.

Зависимость от опиатов — заболевание, проявляющееся патологическим влечением к приему в возрастающих количествах препаратов опия или его синтетических производных с развитием синдрома отмены при прекращении их приема.

Опиаты относятся к классу наркотических анальгетиков, включают обширную группу фармакологических препаратов, получаемых из различных разновидностей снотворного мака (*Papaver somniferum*) и других сортов мака, а также синтетическим путем. К наркотикам опийной (морфинной) группы относятся натуральные (природные), синтетические и полусинтетические препараты. Полусинтетические соединения получают путем химического видоизменения молекулы морфина, синтетические — путем полного химического синтеза. Большинство синтетических соединений получено по принципу упрощения структуры природного препарата — морфина. При этом, однако, сохраняются некоторые структурные элементы его молекулы.

Наркотический эффект всех препаратов опия очень близок, различается по силе, выраженности, клиническим проявлениям синдрома отмены, темпам формирования наркотической зависимости. Но в целом, все вышеперечисленные препараты оказывают морфиноподобное действие, достаточно подробно изученное на сегодняшний день.

Опиаты употребляются внутривенно, реже внутримышечно или подкожно, путем курения, вдыхания через нос. Героин вводится преимущественно внутривенно, но также употребляется путем вдыхания и курения. Внутривенно употребляются кустарные препараты, приготовленные из химически обработанной маковой соломки и опия-сырца, а также медицинские анальгетики. Кодеинсодержащие препараты употребляются преимущественно внутрь и реже — внутривенно.

Клинические признаки опийной интоксикации:

- эйфория, благодушие, заторможенность, отрешенность от окружающего;
- сужение зрачков;
- следы инъекций или постинъекционные инфекции мягких тканей;
- нечувствительность к боли;
- бледность кожных покровов;
- кожный зуд, почесывание;
- признаки обезвоживания, снижение артериального давления, брадикардия;
- равномерно сниженные рефлексы;
- понижение температуры тела;
- угнетение дыхания;
- задержка мочи, запоры.

Передозировка опиатами

Передозировка опиатов обычно обусловлена превышением привычной дозы наркотика у толерантных лиц, а также приемом привычной дозы после периода воздержания от наркотика, который повышает риск передозировки в 7 раз. Фактором риска является также неизвестная чистота и количество опиатов в «уличных» наркотиках, содержащих большое количество примесей. Также к числу факторов риска смертельной передозировки относятся сочетанная опиатно-алкогольная интоксикация. Передозировка опиатами может развиваться не только при внутривенном, но и при внутримышечном, подкожном и интраназальном введении, а также при курении.

Клинически передозировка опиатами выражается в коматозном состоянии. Выявляются резко суженные зрачки, цианоз, влажность и липкость кожных покровов, снижение температуры тела. При тяжелом кислородном голодании мозга сужение зрачков сменяется их расширением с отсутствием реакции зрачков на свет, отмечается угнетение дыхательных движений, нередко заканчивающееся полной остановкой дыхания.

Основной причиной смертельной передозировки опиатов является угнетение дыхания с отеком легких. Угнетение сердечной системы выражается в резком падении артериального давления, острой сердечной недостаточности. Также к смертельным осложнениям передозировки опиатами относятся острые пневмонии, поражение почек.

Формирование зависимости

Злоупотребление опиатами часто начинается с употребления наркотика от случая к случаю, при этом доза не повышается — так называемое эпизодическое употребление. Продолжительность этапа эпизодического употребления зависит от вида наркотика, доступа к нему и способа его введения. В среднем этот период продолжается 1,5—2 месяца, крайне редко он может быть дольше (6 и более месяцев). Вместе с тем, нередко можно встретить сразу регулярный ежедневный прием, с быстрым формированием всех основных синдромов и симптомов зависимости от опиатов. Уже на этом этапе могут отмечаться передозировки, как правило, по неопытности из-за неспособности отмерить дозу и различные осложнения вследствие внутривенного употребления наркотиков.

Сроки формирования заболевания зависят от наркотичности (способности вызывать зависимость) применяемого препарата и его способа введения. Наиболее наркотичным является героин, вводимый внутривенно — при его введении становление наркомании наблюдается уже через 3—5 инъекций. Также быстро

формируется зависимость при внутривенном употреблении препаратов, приготовленных путем химической обработки опия-сырца, сухой маковой соломки или семян пищевого мака. Основными признаками начальной стадии зависимости от опиатов являются: болезненное стремление непрерывно или периодически принимать опиаты с тем, чтобы испытать определенные желаемые ощущения либо снять явления психического дискомфорта; оно нередко формируется в сжатые сроки (после 2—3 инъекций наркотика). Наступает также перестройка всей функциональной деятельности организма в ответ на хроническое употребление опиатов. Для этого иногда достаточно 1—2 недель ежедневного употребления наркотика опийной группы. Выраженные физические и психические нарушения проявляются, когда действие опиатов прекращается или их действие нейтрализуется блокаторами опиатных рецепторов. Развивается толерантность — состояние адаптации к наркотикам, при которой ослабляется реакция на введение прежнего количества наркотика. Для достижения желаемого эффекта требуется более высокая доза наркотика. В динамике болезни выделяют нарастающую толерантность, «плато» толерантности; снижение толерантности. Нередко встречается перекрестная толерантность — толерантность, возникающая при приеме одного вещества, распространяется на другие ПАВ, не принимаемые пациентом ранее.

С формированием синдрома зависимости прием опиатов становится систематическим. Увеличение толерантности отмечается, как правило, уже через 2 недели — 1 месяц после начала систематического приема опиатов.

В отсутствие наркотика или в перерыве между его введениями употребляющие героин испытывают неудовлетворенность, ухудшение настроения, состояние психического дискомфорта, которое исчезает сразу же после употребления наркотика. В этот период синдром отмены может быть еще не сформирован, сохраняется физиологическое действие наркотика — уменьшение количества мочи, задержка стула, угнетение кашлевого рефлекса, нередко еще сохраняются неприятные ощущения при употреблении опиатов. Уже на этом этапе все мысли употребляющих наркотика, все их интересы сосредоточены на наркотике, а все прочие жизненные проблемы отступают на второй план. Вся жизнедеятельность наркоманов подчиняется только одному: поискам наркотика и возможности его введения. В этот период может быть диагностирована начальная стадия зависимости от опиатов.

Возникновение синдрома отмены («ломки») при опийной наркомании свидетельствует о формирова-

нии качественно нового этапа заболевания — второй (средней) стадии зависимости от опиатов. Синдром отмены формируется примерно через 2 недели — 1,5 месяца после начала систематического употребления опиатов. К этому времени сформировано влечение к наркотику, выработан определенный ритм наркотизации. Суточная доза наркотика на этом этапе имеет тенденцию к росту, но уже может достигать максимальных цифр. В целом, переносимость наркоманами опиатов значительно превышает смертельные для здорового человека дозы. По мере роста дозы меняется и характер наркотического опьянения. В этот период ослабляются и исчезают физиологические эффекты опиатов, значительно видоизменяется «кайф». В целом, эйфория ослабляется, становится короче и в ее структуре начинает преобладать стимулирующее действие опиатов. На этом этапе болезни пациенты становятся активными, работоспособными только под действием опиатов. В это же время могут встречаться вспыльчивость, агрессивность, взрывчатость в состоянии интоксикации, не свойственная начальным этапам зависимости. Длительность средней стадии зависимости от опиатов различна, зависит от наркогенности употребляемого вещества, его доз, способа введения и составляет, в среднем, 5—10 лет.

Затем наступает конечная (третья) стадия заболевания. В этой стадии значительно изменяется действие наркотика. Наркотики вводятся больными только для поддержания работоспособности, нормального настроения, для предотвращения развития абстинентного синдрома. Эйфория после введения наркотиков почти не наблюдается и полностью начинает преобладать стимулирующее действие опиатов. Суточная потребляемая доза имеет тенденцию к снижению. При введении прежней высокой дозы у больных наблюдается сильная вялость, слабость. Существенно видоизменяется характер синдрома отмены. Болевые симптомы менее выражены, могут ограничиваться общим мышечным дискомфортом. С другой стороны, синдром отмены имеет затяжной характер, сопровождается большим количеством сердечно-сосудистых осложнений, в результате чего это состояние может стать опасным для жизни. У больных постоянно сохраняется пониженный фон настроения, очень часто отмечаются мысли о самоубийстве. Продолжительность абстинентного синдрома достигает 5—6 недель. Но и по прошествии нескольких месяцев у больных сохраняется вялость, слабость, общее недомогание. Работоспособность снижена. Наблюдаются отчетливые колебания настроения. Все время выражено влечение к наркотикам.

Медико-социальные последствия

Множественные поражения органов и систем при злоупотреблении опиатами вызваны токсическим влиянием наркотика и примесей в «уличном» наркотике, снижением иммунитета и аутоиммунными реакциями в результате наркотизации, нестерильным инъекционным введением наркотиков, беспорядочным сексуальным поведением наркоманов.

К основным медицинским последствиям злоупотребления опиатами относятся передающиеся парентерально инфекции (ВИЧ, вирусные гепатиты, реже — сифилис), бактериальное поражение клапанов сердца, а также заболевания поверхностных вен, ревматические поражения. На поздних этапах наркомании наблюдаются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, печени, почек, центральной и периферической нервной системы. Особенностью поражений внутренних органов при употреблении наркотиков является несоответствие между жалобами и тяжестью болезни, что существенно затрудняет своевременное выявление подобных расстройств. Как правило эти заболевания обостряются после отказа от наркотиков. Это происходит в результате хронической опиатной интоксикации, маскирующей заболевания внутренних органов, а также измененными реактивностью и обменом веществ наркоманов.

Внешний вид опийных наркоманов, особенно после длительного употребления наркотиков достаточно характерен: выглядят старше своего возраста, кожные покровы сухие, бледные, волосы становятся тусклыми, ломкими, ногти также становятся ломкими. Очень характерно разрушение зубов: кариес и выпадение зубов. Часто встречается снижение массы тела и истощение при длительной наркотизации.

Для инъекционных потребителей наркотиков типичны разнообразные поражения вен — утолщение вен в виде толстых жгутов, по ходу которых отмечается снижение чувствительности, облитерация вен. По ходу вен наблюдается нередко многочисленные рубцы после нагноений и абсцессов. Особенно часто грубые венозные изменения встречаются при употреблении самодельных опийных препаратов, приготовленных путем химической обработки наркотического сырья.

Лечение

Принципы и подходы к лечению при всех видах зависимости одинаковы. Лечение больных наркоманией должно быть длительным, комплексным. Оно включает в себя несколько этапов.

1-й этап: лечение «ломки». На этом этапе выводят наркотик из организма, облегчают боль. Сейчас суще-

ствует множество хороших методов и препаратов, которые позволяют облегчить это страдание. Перечисление их заняло бы слишком много места. Главная задача этого этапа — облегчить боль, снять страдание, восстановить жизненно важные функции организма.

2-й этап: лечение «тяги», поддерживающая терапия.

Здесь препараты уже специфические, которые снимают напряжение, улучшают настроение, выравнивают сон. Также важное внимание уделяется и лечению внутренних органов, особенно печени, почек, головного мозга.

На этом этапе проводится различная психотерапия, в работу включаются психологи. 1-й и 2-й этапы проходят в стационаре.

Главная задача *3-го этапа* — адаптировать пациента в нормальной жизни, он называется реабилитационный. Это очень длительный этап лечения, чем он дольше, тем лучше результат.

Профилактика

Для больных опийной наркоманией существуют различные специфические методы терапии, например, использование блокаторов опиатных рецепторов — при нахождении в организме их действие оберегает больного от действия наркотиков; активно разрабатываются методы и лекарства, направленные на лечение гепатита С и других последствий наркомании. Применение каждого из перечисленных методов должно быть строго индивидуально и проводиться под наблюдением врачей.

F12.2xx. СИНДРОМ ОТМЕНЫ КАННАБИНОИДОВ

Синдром зависимости от каннабиноидов — заболевание, проявляющееся влечением к постоянному приему препаратов конопли, с развитием синдрома отмены при прекращении их приема.

Клинические признаки интоксикации каннабиноидами:

- эйфория, благодушие;
- расслабленность;
- чувство собственной грандиозности;
- смешливость, дурашливость;
- чувство замедления времени;
- гиперемия склер;
- повышение аппетита;
- сухость во рту;
- тахикардия;
- расширение зрачков.

Интоксикация каннабиноидами с делирием

Острые токсические психозы возникают при употреблении высоких доз каннабиноидов (передозировки). Как правило, к передозировке каннабиноидами приводит употребление наркотика внутрь из-за отсроченного эффекта и невозможности точного дозирования. При повышенной чувствительности к препаратам конопли и в подростковом возрасте интоксикационные психозы вследствие курения могут наблюдаться при первых пробах. Психотическое состояние характеризуется возбуждением, потерей ориентировки в пространстве и времени, чувством нереальности происходящего, паникой, страхом, наличием зрительных, реже слуховых галлюцинаций, а также бредовых идей преследования. Продолжительность острых психозов, вызванных употреблением каннабиноидов — от нескольких часов до двух суток. В отдельных случаях передозировка препаратами конопли может приводить к коме.

Формирование зависимости

Эпизодическое употребление препаратов конопли может быть достаточно длительным. Даже в течение нескольких лет оно может не сопровождаться формированием зависимости. В подростковом возрасте употребление каннабиноидов практически всегда происходит в компании сверстников, может носить нерегулярный характер. Основной опасностью употребления каннабиноидов в подростковом возрасте является переход к злоупотреблению другими ПАВ (опиатами, алкоголем).

При ежедневном или почти ежедневном курении препаратов конопли в среднем через 3 месяца появляются признаки зависимости. Влечение к наркотику сопровождается вялостью, сонливостью, снижением настроения. Доза наркотика при злоупотреблении каннабиноидами нарастает крайне медленно. По мере формирования зависимости (вторая стадия) может встречаться употребление конопли в одиночестве, но у большинства наркоманов даже на поздних стадиях заболевания сохраняется групповой характер злоупотребления. Конечная стадия зависимости от каннабиноидов встречается крайне редко, может наступать через 10 и более лет систематического злоупотребления каннабиноидами.

Сроки формирования синдрома отмены крайне индивидуальны, в среднем составляют 2—3 года регулярного злоупотребления. Он характеризуется ощущением усталости, разбитости. Могут наблюдаться нарушения сна, дрожь в руках, потливость, тошнота, рвота. Настроение снижено, нередко отмечается раздражительность, злобность, угрюмость, апатия. В отдельных случаях в таком состоянии преобладает интенсивная тревога — состояние, схожее с паническими реакциями. Возмож-

ны суицидальные попытки. Иногда отмечаются неприятные ощущения в разных частях тела: сдавление в груди, затрудненное дыхание, неприятные ощущения в области сердца, чувство жатия и сдавления головы в височной области. Выраженность влечения к наркотику весьма разнообразна, но непреодолимое влечение встречается редко. Своего пика вышеназванные расстройства достигают на 3—5-е сутки, их продолжительность в среднем 7 дней.

В дальнейшем состояние больных характеризуется выраженной слабостью, апатией, безразличием к окружающему.

Медико-социальные последствия

Хроническое употребление препаратов конопли приводит к целому ряду соматических нарушений. Даже нечастое курение препаратов конопли может приводить к ожогам и изъязвлениям в полости рта и глотке. Вдыхание дыма, содержащего, как и табак, множество раздражителей и канцерогенов, приводит к хроническим obstructивным поражениям легких, а также к раку легких.

Употребление каннабиноидов нередко является причиной нарушения ритма сердца, колебаниям артериального давления, обморокам.

Влияние каннабиноидов на репродуктивную сферу включает в себя различные гормональные нарушения, приводящие у мужчин к нарушению продукции тестостерона, возможную тестикулярную атрофию и вторичное бесплодие.

Хроническое употребление высоких доз каннабиноидов приводит к изменениям личности больных. Развивается так называемый «амотивационный синдром», в структуре которого преобладает апатия, отсутствие энергии, пассивность, отсутствие притязаний. Наркоманы пренебрегают всеми обязанностями (как правило, учеба, работа), требующими внимания и упорства. Хроническая интоксикация препаратами конопли приводит к нарушениям памяти, внимания, а также может явиться пусковым механизмом дебюта других психических заболеваний, в частности шизофрении у лиц с соответствующей предрасположенностью. Редко при массивном употреблении каннабиноидов может возникать психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом («флэшбек»), напоминающее подобные состояния при злоупотреблении галлюциногенами.

Лечение

Принципы и подходы к лечению при всех видах зависимости одинаковы. Лечение больных наркоманией должно быть длительным, комплексным. Оно включает в себя 3 этапа (см. выше). Специфического лечения синдрома зависимости от каннабиноидов нет.

Профилактика

Следует понимать, что хроническое (постоянное) употребление каннабиноидов (марихуаны, гашиша) приводит к изменению личности больных. У больных развивается «амотивационный синдром», в структуре которого преобладает апатия, анергия, пассивность, отсутствие притязаний. Пациенты пренебрегают всеми своими обязанностями. Хроническая интоксикация препаратами конопли приводит к нарушениям памяти, внимания, а также может явиться пусковым механизмом дебюта шизофрении у лиц с соответствующей предрасположенностью. При массивном употреблении каннабиноидов может возникать психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом («флэшбек»), напоминающее подобные состояния при злоупотреблении галлюциногенами. Таким образом, основным средством профилактики является поддержание здорового, трезвого образа жизни.

F13.2xx. СИНДРОМ ОТМЕНЫ СЕДАТИВНЫХ ИЛИ СНОТВОРНЫХ ВЕЩЕСТВ

Синдром зависимости от снотворных и седативных средств — заболевание, проявляющееся влечением к постоянному приему седативно-снотворных препаратов, с развитием синдрома отмены при прекращении их приема. Синонимы: Барбитуровая наркомания. Барбитуровый тип зависимости (ВОЗ). Токсикомания.

Клинические признаки интоксикации седативными или снотворными препаратами

- гипотермия и гипотензия;
- нистагм, диплопия, мидриаз;
- гипотензия и брадикардия;
- угнетение дыхания, риск аспирации;
- пролежни вследствие длительных бессознательных состояний;
- неврологически: атаксия, дизартрия, снижение глубоких сухожильных рефлексов;
- сонливость;
- психомоторная заторможенность, иногда нехарактерное сексуальное возбуждение или агрессивное поведение, обычно сразу после приема препаратов;
- смазанная речь;
- суицидальные мысли.

Передозировка седативных или снотворных препаратов

На начальных этапах передозировка сопровождается головокружением, тошнотой, рвотой, сопровождается икотой, чувством дурноты, слюнотечением,

профузным потоотделением. В процессе употребления через 4—6 месяцев прием больших доз не сопровождается перечисленными выше явлениями, а без каких-либо предвестников наступает коматозное состояние. В высоких дозах барбитураты угнетают дыхание, подавляют деятельность сердечно-сосудистой системы. К наиболее распространенным причинам смерти относятся: острая дыхательная недостаточность, острая печеночная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Формирование зависимости

По механизму формирования зависимости можно выделить две основных группы пациентов.

Первая категория включает в себя больных, которым данные препараты были назначены врачом при лечении различных психических расстройств. Риск возникновения зависимости высок, особенно при наличии сопутствующей алкогольной или наркотической зависимости и при назначении данных препаратов более 1 месяца. Существует вероятность генетической предрасположенности к злоупотреблению бензодиазепинами при осложненной алкоголизмом наследственности.

Ко второй категории относятся пациенты с сопутствующим злоупотреблением алкоголем и наркотиками, начавшие употреблять седативно-снотворные средства самостоятельно с различными целями: самолечение синдрома отмены, уменьшение тревоги или бессонницы, для усиления эффекта наркотиков и, редко, при синдроме отмены кокаина. Приобретенная толерантность к алкоголю или наркотикам оказывается перекрестной к транквилизаторам или снотворным, поэтому больные начинают их быстро повышать, открывая опьяняющие, стимулирующий и эйфоризирующий эффекты транквилизаторов. В результате систематического приема дозы седативных или снотворных препаратов, необходимые для достижения желаемого эффекта, возрастают. Свообразным рубежом, за которым можно искать признаки зависимости, служит дневной прием этих ПАВ.

Первый этап длится от 2 до 6 месяцев систематического приема седативных или снотворных препаратов. Он характеризуется потребностью в увеличении доз препарата, отсутствием снотворного эффекта от терапевтических доз, нарушениями сна вне его приема. При воздержании от седативных или снотворных препаратов выявляется психический дискомфорт, чувство неудовлетворенности, пониженное настроение, навязчивое желание принять препарат. Появляется потребность в утреннем и дневном приеме седативных или снотворных препаратов.

Второй этап зависимости длится от 6 месяцев до 3 лет и более. На этом этапе толерантность стабилизи-

руется. Заметно меняется характер опьянения: растворимость и болтливость выражены не сильно, движения становятся координированными, но возрастает склонность к дисфорическим реакциям. На этом этапе утрачивается количественный контроль над дозой препарата. Лишь в состоянии интоксикации ощущается комфорт, активность и работоспособность.

Сроки наступления синдрома отмены зависят от периода полувыведения принимаемого лекарственного препарата, как правило возникают на 1—2-й день после последнего приема и достигают максимума на 1—2-е сутки, а в отдельных случаях до 1 недели.

Клинически проявляется следующими симптомами: тремор пальцев вытянутых рук, кончика языка или век; тошнота или рвота; тахикардия, ортостатическая гипотония, головные боли, бессонница, психомоторное беспокойство, большие судорожные припадки, транзиторные зрительные, осязательные или слуховые галлюцинации (иллюзии), бредовая настороженность

Медико-социальные последствия

Хроническая интоксикация гипно-седативными препаратами приводит к выраженным и стойким изменениям со стороны соматической, неврологической и психической сфер. Отмечается повышенная утомляемость, истощаемость внимания, снижение сообразительности. По мере прогрессирования болезни появляется медлительность, замкнутость, подавленность, что нередко сменяется вспышками злости и гнева. Речь становится невнятной, монотонной, манера говорить отличается медлительностью. Внешне больные выглядят утомленными, изможденными. Кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозны. При осмотре выявляются множественные неврологические расстройства: ослабление реакции зрачков на свет, мидриаз, стойкий горизонтальный нистагм, снижение поверхностных и глубоких рефлексов, признаки орального автоматизма, тремор рук, нарушения координации. Выявляется также нарушение глотания, ухудшение почерка, вялая мимика, мышечная гипотония, нарушение тонких движений и походки. При обследовании выявляется артериальная гипотензия, признаки миокардиодистрофии. Прогрессирующее снижение интеллекта приводит к утрате трудоспособности больного и инвалидности. Их причинами являются также грубые неврологические расстройства. Нарастание слабоумия приводит к морально-этическому распаду личности.

Лечение

Имеются особенности терапии синдрома отмены. Синдром зависимости лечится в соответствии с общими принципами (см. информацию выше)

Профилактика

Хроническая интоксикация седативными и снотворными средствами приводит к выраженным и стойким изменениям со стороны соматической, неврологической и психической сфер. Отмечается повышенная утомляемость, истощаемость внимания, снижение сообразительности. По мере прогрессирования болезни появляется медлительность, замкнутость, подавленность, что нередко сменяется вспышками злости и гнева. Выявляются нарушения глотания, ухудшение почерка, вялая мимика, мышечная гипотония, нарушения тонких движений и походки. Прогрессирующее снижение интеллекта приводит к утрате трудоспособности больного и инвалидности. Весьма высока частота смертельных исходов. Причиной смерти служат самоубийства, несчастные случаи в состоянии опьянения, передозировки. Во избежании развития выше перечисленных осложнений, рекомендовано обращение к врачу в любых случаях появления проблем настроения и сна. Категорически опасно заниматься самолечением.

F14.2xx СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОКАИНА

Синдром зависимости от кокаина — заболевание, проявляющееся влечением к постоянному приему в возрастающих количествах кокаина с развитием абстинентных расстройств при прекращении его приема. Синонимы: кокаинизм, кокаиновая наркомания.

Виды кокаина

Кокаин гидрохлорид. Кокаин является алкалоидом, выделенным из листьев кустарника *Erythroxylon Coca* — растения, область природного распространения которого сосредоточена в Южной Америке, в основном в Боливии и Перу. Представляет собой белый без запаха порошок, напоминающий по виду кристалльный, прозрачный снег. Несмотря на распространение других форм и препаратов, кокаин остается наиболее употребляемым. Основной способ применения — нюхание или вдыхание, при этом кокаин довольно быстро всасывается через слизистую оболочку носа и попадает с током крови наиболее коротким путем в мозг.

Алкалоидный кокаин («крэк», «free base»). Свободное основание кокаина и является алкалоидом кокаина или бензоилметилекгоинином. Данная форма кокаина готовится путем несложной обработки из кокаина гидрохлорида; отличается от кокаина гидрохлорида, в частности, тем, что имеет значительно более низкую точку плавления и может легко испаряться и вдыхаться при курении. Обычно для этой цели используется трубка, редко — сигареты.

Клинические признаки острой интоксикации

- прилив энергии;
- разговорчивость;
- повышение зрительной, звуковой и тактильной чувствительности;
- подъем настроения;
- ощущение своих повышенных возможностей;
- расторможенность;
- гиперактивность, сексуальное возбуждение;
- соматические и неврологические признаки: сухость во рту, потливость, тремор, расширение зрачков, головные боли, учащенные позывы к мочеиспусканию, тахикардия, сужение кровеносных сосудов и гипертензию, озноб, повышение рефлексов, миоклонические подергивания, повышение температуры тела, бессонница, отсутствие аппетита, сердечные аритмии.

Передозировка кокаином

При употреблении высоких доз, особенно внутривенно, могут развиваться психотические расстройства. Развиваясь, как правило, с острого приступа бреда преследования, кокаиновый делирий сопровождается тактильными, слуховыми, реже зрительными галлюцинациями, а также повышенной агрессивностью, особенно по отношению к предметам (стекла, зеркала). Характерной особенностью кокаинового делирия является сохраненная ориентировка в собственной личности при дезориентировке в месте и времени. Делирий является одним из самых серьезных психических осложнений кокаиновой зависимости. В случае возникновения кокаинового делирия высока вероятность внезапной смерти.

Формирование зависимости

Соответствует общим закономерностям формирования заболевания с изменением толерантности, формированием психической и физической зависимости.

Синдром отмены возникает после прекращения длительного интенсивного потребления наркотика или резкого уменьшения его количества. Клиника синдрома отмены проявляется преимущественно психопатологическими расстройствами. Синдром отмены возникает через 24 часа после последнего употребления наркотика, максимальной выраженности расстройства достигают на 3–4-е сутки. Острые проявления исчезают в течение 10–14 дней, в тяжелых случаях проявления сохраняются до 1 месяца.

Существование явлений постинтоксикационной дисфории свыше 24 часов уже может рассматриваться как абстинентный синдром или «синдром отмены», который в основном характеризуется депрессивно-дисфорическими расстройствами в сочетании с бессон-

ницей или сонливостью, повышением аппетита, психомоторным возбуждением и, реже, заторможенностью. На фоне синдрома отмены могут вспыхивать отдельные идеи отношения и преследования, появляться суицидальные мысли. Резко выражено компульсивное влечение к наркотику.

Вслед за этим периодом, как правило, начинается период хронической дисфории и ангедонии. Больные отчетливо ощущают неполноценность собственного существования, безысходность, испытывают чувство внутренней пустоты, безрадостность и т.д. При этом влечение к наркотику имеет отчетливое психопатологическое оформление в виде стойкой ангедонической депрессии и может принимать непреодолимый характер, что приводит к рецидиву.

Медико-социальные последствия

Хроническое употребление кокаина приводит к потере аппетита, и, как следствие, похуданию и нарушениям питания. Регулярное вдыхание кокаина приводит к снижению обоняния, ринорее, нарушению глотания, охриплости голоса, раздражению носовой перегородки, которое проявляется в хронически воспаленном, «сопливом» носе. Среди соматических осложнений у хронических потребителей кокаина наиболее часто встречаются артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма и сердечные приступы, боли в груди и дыхательная недостаточность. Реже отмечаются инфаркты миокарда, ишемия миокарда, миокардиты, кардиомиопатия, расслоение и грыжа аорты. Злоупотребление кокаином приводит к сгущению крови, что, в свою очередь, также повышает риск возникновения сердечных приступов и инсультов. К неврологическим осложнениям относятся субарахноидальные и внутримозговые кровоизлияния, инфаркты мозга, припадки и головные боли, васкулиты, слепота. Со стороны ЖКТ отмечаются боли в животе и тошнота, ишемия и инфаркты кишечника, перфорация кишечника, нарушения функций печени, инфаркт селезенки. При употреблении кокаина внутрь высока вероятность возникновения гангрены кишечника. При внутривенном употреблении кокаина высока вероятность инфекционных осложнений (ВИЧ, гепатиты), а также достаточно быстро формируются васкулиты, тромбозы и тромбофлебиты поверхностных и глубоких вен.

Лечение

Специфических средств терапии не существует. Лечение синдрома отмены комплексное. Основная задача терапии – предупредить развитие психических осложнений.

Профилактика

Все психостимуляторы (исключая кофеин) чрезвычайно наркогенны. Наркогенность (способность вызывать зависимость) зависит от многих факторов: вида наркотика, способа его введения, дозы и др. Для данной формы наркомании характерно быстрое развитие психической зависимости, развитие психотических нарушений при приеме больших доз препаратов в виде галлюцинаций и бредовых идей, а также быстрое формирование слабоумия. Таким образом, основным средством профилактики является поддержание здорового, трезвого образа жизни.

F15.2xx СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДРУГИХ СТИМУЛЯТОРОВ, ВКЛЮЧАЯ КОФЕИН

Синдром зависимости от психостимуляторов — заболевание, проявляющееся влечением к постоянному приему в возрастающих количествах психостимуляторов с развитием абстинентных расстройств при прекращении его приема.

Психостимуляторы — препараты, которые непосредственно стимулируют центральную нервную систему. У здоровых лиц они вызывают необычный душевный подъем, стремление к деятельности, устраняют чувство усталости, создают субъективное ощущение бодрости, ясности ума и сообразительности, легкости движений, уверенности в своих силах и способностях. К группе психостимуляторов относятся кокаин (синдром зависимости от которого отнесен в отдельную рубрику МКБ-10), синтетические стимуляторы амфетаминового ряда: собственно амфетамины, являющиеся синтетическими аналогами кокаина; метамфетамины и катиноны, меткатиноны (эфедрон, первитин, фенилпропаноламин, кристаллический метамфетамин и др.); МДМА (метилендиоксиамфетамин, «экстази»), имеющий, помимо стимулирующего, мескалиноподобный эффект; кофеин. В настоящее время насчитывается более 50 психостимуляторов амфетаминового ряда. Синонимы: стимуляторная наркомания.

Клинические признаки острой интоксикации психостимуляторами:

- подъем настроения, прилив сил;
- благодушие;
- ясность мышления;
- ускорение ассоциативных процессов;
- стремление к деятельности;
- двигательное беспокойство;
- снижение аппетита, тахикардия, мидриаз, артериальная гипертензия, потливость или озноб, сухость во рту, бессонница.

Передозировка амфетаминами

Сопровождается гипертермией, судорогами, затем развивается коматозное состояние с угнетением дыхания и сердечно-сосудистой системы, которые могут закончиться летальным исходом.

Формирование зависимости от психостимуляторов

Злоупотребление психостимуляторами, как правило, носит циклический характер. Больные вводят наркотик круглосуточно в течение нескольких дней, затем наступает «отдых», после которого цикл наркотизации повторяется. Количество дней наркотизации и дней отдыха индивидуально. На фоне возникающего психического и физического истощения циклы наркотизации редко продолжаются более 5—7 дней. На исходе таких циклов появляется отвращение к наркотику. Для снятия постинтоксикационных проявлений, сопровождающихся бессонницей, больные часто прибегают к употреблению седативно-снотворных препаратов или к приему алкоголя. Фаза «отдыха» длится в среднем 3—4 дня. В этот период «отдыха» от психостимуляторов отмечается выраженная сонливость, повышенный аппетит, дисфория.

Признаки зависимости к амфетаминам формируются обычно через 2—4 недели регулярной наркотизации. При регулярном употреблении амфетаминов стимулирующее действие ослабляется и для получения приятных ощущений больные вынуждены повышать дозу. Толерантность нарастает в основном за счет кратности приема.

Непрерывное употребление психостимуляторов встречается реже. На начальном этапе наркотизации у этих больных так же, как и у употребляющих наркотики циклически, наблюдается отсутствие сна и аппетита, что побуждает их прибегать к употреблению седативно-снотворных препаратов. В дальнейшем наступает адаптация к наркотику, появляется аппетит, восстанавливается ночной сон. Толерантность при непрерывном употреблении нарастает медленнее. В ряде случаев может наблюдаться переход с циклического злоупотребления на непрерывное. Обратного перехода обычно не наблюдается.

Синдром отмены возникает через 12—24 часа после последнего употребления амфетаминов, максимальной выраженности расстройства достигают на 2—4-е сутки. Абстинентный синдром характеризуется усталостью, ощущением разбитости, заторможенностью, нарушениями сна — бессонницей или сонливостью с кошмарными сновидениями. Нередко отмечаются раздражительность, злобность, истерические реакции со склонностью к аутоагрессии. Выраженное астеническое или астено-депрессивное состояние может сопровождаться идеями самообвинения и суицидальными попытками.

Могут отмечаться отдельные идеи отношения, преследования. Острые проявления абстинентных расстройств исчезают в течение 7—14 дней, в тяжелых случаях проявления сохраняются до 1 месяца. При отнятии стимуляторов могут наблюдаться психозы в виде помрачения сознания по типу делириозного с речевым и двигательным возбуждением хронические амфетаминовые психозы, продолжающиеся от 2—3 недель до нескольких месяцев. Вслед за этим периодом, как правило, начинается период хронической дисфории и ангедонии. Больные отчетливо ощущают неполноценность собственного существования, безысходность, испытывают чувство внутренней пустоты, безрадостность и т.д. При этом влечение к наркотику проявляется стойкой ангедонической депрессией, часто влечение принимает непреодолимый характер, что приводит к рецидиву.

Медико-социальные последствия

Употребление амфетаминов опасно своими тяжелыми медицинскими последствиями. Больные, злоупотребляющие амфетаминами, обычно истощены, глаза у них запавшие, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, но также может отмечаться и гиперемия. Следствием формикации (тактильных галлюцинаций) являются множественные расчесы, инфицированные изъязвления (эктимы). При внутривенном употреблении амфетаминов выявляются резко пигментированные «дорожки» по ходу вен с характерным розовато-фиолетовым оттенком.

Хроническая амфетаминовая интоксикация приводит к ряду сердечно-сосудистых нарушений: миокардиодистрофии, тахикардии вплоть до фибрилляции, артериальной гипертензии, необратимым повреждениям мелких сосудов мозга, которые в отдельных случаях могут привести к инсульту и летальному исходу.

Хроническое употребление амфетаминов приводит к стойким и значительным изменениям в головном мозге, что ведет к нарушениям координации, снижению памяти и других когнитивных функций.

Наиболее тяжелые неврологические осложнения отмечаются при внутривенном употреблении фенилпропаноламина. У больных появляется общая скованность, нарушения координации, дизартричная маломодулированная речь, вегетативная лабильность. Возможно развитие токсической полинейропатии с явлениями нижнего парапареза, более выраженного в дистальных отделах, экстрапирамидных расстройств, паркинсоноподобного синдрома, внутричерепной гипертензии, тяжелой энцефалопатии и психоорганического синдрома. Характерен внешний вид больных: лицо маскообразно, амимично, с трудом открывается рот, повышены слюно- и слезоотделение. В процессе тера-

пии вышеназванные неврологические осложнения обратимы частично.

У злоупотребляющих амфетаминами наблюдается значительное социальное и профессиональное снижение, быстро развиваются изменения личности, которые проявляются психопатоподобными расстройствами, выраженным морально-этическим снижением, эмоциональным огрубением. Быстро нарастают явления социальной деградации: больные оставляют работу, не учатся, круг интересов ограничивается наркотизацией, круг общения — наркоманами. Постепенно нарастает интеллектуально-мнестическое снижение. При увеличении длительности периода систематического злоупотребления психостимуляторами наблюдается углубление когнитивных расстройств в ряде случаев до степени деменции при одновременном формировании эмоционально-волевых расстройств различного типа.

Наряду с кокаином, при употреблении амфетаминами резко возрастает вероятность совершения насильственных преступлений, связанных с повышенной агрессивностью в состоянии интоксикации.

Регулярное употребление «экстази» приводит к повреждению гепатоцитов и другим повреждениям печени, острой почечной недостаточности, изменениям в миокарде,

злокачественной гипертермии с последующим «тепловым ударом» и смертельным исходом. МДМА является мощным нейротоксином, специфически повреждающим серотонинергическую систему и приводящим к дегенерации серотонинергических нервных окончаний.

Лечение

Специфических средств терапии не существует. Основная задача терапии — предупредить развитие психических осложнений.

Профилактика

Все психостимуляторы (исключая кофеин) чрезвычайно наркогенны. Наркогенность (способность вызывать зависимость) зависит от многих факторов: вида наркотика, способа его введения, дозы и др. Для данной формы наркомании характерно быстрое развитие психической зависимости, развитие психотических нарушений при приеме больших доз препаратов в виде галлюцинаций и бредовых идей, а также быстрое формирование слабоумия. Таким образом, основным средством профилактики является поддержание здорового, трезвого образа жизни.

F16.2xx. СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ

Галлюциногены (психоделики, психомиметики) — не вполне удачное обозначение группы веществ, насчитывающей свыше 100 природных и синтетических препаратов. Более точный термин, характеризующий их — «наркотики, изменяющие сознание». Они зачастую не вызывают галлюцинаций, а искажают самоощущение человека. Галлюциногены — это препараты, которые вызывают иллюзии, галлюцинации и бред. Они отличаются от других разновидностей ПАВ способностью изменять восприятие, мышление, настроение. К наиболее употребляемым галлюциногенам относят: d-диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), псилоцибин и мескалин.

Формирование синдрома зависимости описано не от всех галлюциногенов.

Абстинентный синдром при употреблении ЛСД, псилоцибина и мескалина, кетамина, фенциклидина, по данным большинства исследователей, отсутствует. В отдельных случаях при длительном систематическом употреблении могут встречаться нарушения сна, вегетативная дисфункция, общий дискомфорт продолжительностью 7—10 дней, переходящие в выраженное астено-апатическое состояние.

Медико-социальные последствия

Отдаленные последствия употребления галлюциногенов проявляются психической тупостью («психической глухотой»), наблюдающейся по истечении многих дней после их приема, психозами с богатой симптоматикой, продолжающимися и после выведения препарата из организма. Рецидивы галлюцинаций, по разным данным, возникают у 16—57% потребителей ЛСД в результате воздействия провоцирующих факторов: стрессовых ситуаций, приема другого ПАВ или соматического заболевания. В ряде случаев галлюциногены провоцируют эндогенные психозы. Осложнением их приема являются и тревожно-депрессивные синдромы с суицидальными тенденциями. Длительное пристрастие к галлюциногенам наблюдается редко в связи с отсутствием выраженной эйфории при их приеме и непредсказуемостью каждого эпизода интоксикации. Формирование синдрома отмены здесь происходит не всегда. Толерантность при приеме галлюциногенов развивается быстро и так же быстро исчезает (в течение двух-трех дней). Некоторые специалисты придерживаются противоположной точки зрения. Они описывают яркие проявления синдрома наркоманической зависимости при злоупотреблении галлюциногенами.

Лечение.

Специфической терапии не существует.

Профилактика.

Последствия длительного употребления галлюциногенов проявляются психической тупостью («психической глухотой»), наблюдающейся по истечении многих дней после их приема, психозами с богатой симптоматикой, продолжающимися и после выведения препарата из организма.

Рецидивы галлюцинаций, по разным данным, возникают у 16—57% потребителей ЛСД в результате воздействия провоцирующих факторов: стрессовых ситуаций, приема другого ПАВ или соматического заболевания.

В ряде случаев галлюциногены провоцируют развитие психического заболевания — шизофрении. Предугадать, диагностировать вероятность или предупредить развитие эндогенного заболевания невозможно. В связи с этим даже единичный прием галлюциногенов может быть опасен. Учитывая непредсказуемость последствий употребления галлюциногенов, наилучшим средством профилактики является поддержание здорового, трезвого образа жизни.

F18.2xx СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНГАЛЯНТОВ

Ингалянты — летучие органические вещества, вдыхаемые с целью одурманивания. В качестве ингалянтов обычно используют органические летучие растворители, средства бытовой и промышленной химии, летучие углеводороды. Как правило, злоупотреблять ингалянтами начинают в подростковом возрасте.

Клинические признаки острой интоксикации ингалянтами:

- эйфория;
- смазанная речь;
- атаксия;
- диплопия;
- мидриаз;
- головокружение;
- зрительные и слуховые галлюцинации;
- сердцебиение;
- цианоз кожи конечностей — метгемоглобинемия при вдыхании нитритов.

Формирование зависимости

В целом соответствует общим закономерностям формирования наркоманий и токсикоманий. Чаше

всего ингалянты начинают употреблять мальчики в подростковом возрасте, в более старшем возрасте уровень потребления ингалянтов ниже и в зрелом возрасте сходит на нет. Среди подростков, злоупотребляющих ингалянтами, значительное число лиц с признаками резидуального поражения ЦНС, примитивных лиц с ограниченными интересами. Вначале вдыхание паров органических растворителей носит групповой характер. Этап эпизодического употребления продолжается от 1 до 6 месяцев, иногда до 1 года. Большая часть подростков в дальнейшем прекращает наркотизацию самостоятельно, но многие из них переходят к злоупотреблению другими ПАВ. При продолжении ингаляций постепенно формируется синдром зависимости. На этом этапе ингалянты вдыхают чаще — 3—4 раза в неделю, а далее — ежедневно, иногда по несколько раз в день. Одним из основных признаков сформировавшейся зависимости является переход от группового употребления ингалянтов к индивидуальному. Появляется резко выраженное влечение к приему органических растворителей, представляющее собой сложный симптомокомплекс, включающий идеаторный, аффективный, поведенческий, соматовегетативный и сенсорный компоненты. Толерантность к ингалянтам установить трудно. Тем не менее можно говорить о росте толерантности при учащении приема, однако следует учесть, что толерантность зависит от способа употребления и умения дышать.

Синдром отмены ингалянтов возникает через 6—12 месяцев после начала злоупотребления и через 1—3 суток после последнего употребления. Проявляется в виде вялости, разбитости, неприятных ощущений в теле, головной боли, потливости, головокружения, тошноты, плохого сна, пониженного настроения и раздражительности. Эти проявления похожи на проявления вегетососудистой дистонии. На 5—7-е сутки присоединяется депрессивная симптоматика. На 4—5-е сутки синдром отмены может осложниться развитием острого психоза, длящегося от нескольких часов до трех суток и представляющего собой делирий с иллюзиями, истинными зрительными и слуховыми галлюцинациями. В целом, продолжительность синдрома отмены в условиях лечения около двух недель.

Медико-социальные последствия

При хроническом злоупотреблении ингалянтами развивается токсическая энцефалопатия с признаками мозговой атрофии и хроническими двигательными нарушениями. Появляются выраженные нарушения центральной, периферической и вегетативной нервной системы. Нередко встречается полинейропатия,

проявляющаяся в снижении чувствительности, ослаблении рефлексов, парестезиях кистей и стоп, онемением по типу «носков» и «перчаток», сочетающаяся с мышечной гипотрофией и акрогипергидрозом. Токсическое поражение нервных окончаний в головном мозге приводит к ухудшению зрения вплоть до слепоты, а также к звону в ушах и ослаблению слуха. При хронической интоксикации ингалянтами возникают нарушения сердечного ритма в виде наджелудочковой тахикардии и желудочковой экстрасистолии. Признаки токсического поражения почек выявляются преимущественно лабораторными показателями: азотемия, помутнение мочи, симптоматикой токсического гломерулонефрита. При этом пациенты часто предъявляют жалобы на боли в пояснице. Токсическое поражение печени проявляется в виде болей в подреберье, тошноты, рвоты, субфебрильной температуры, нередко — желтушностью кожных покровов.

Хроническая интоксикация ингалянтами ведет к нарастанию изменений личности с появлением агрессивности, равнодушия, повышенной раздражительности. Постепенно развивается психоорганический синдром с интеллектуальным снижением, хопатопоподобным поведением, не критичностью. Как уже упоминалось выше, крайне высок риск злокачественного течения хронического алкоголизма и других видов наркоманий с быстрым развитием психической и физической зависимости у тех, кто в подростковом возрасте употреблял ингалянты (Приложение Ж).

Лечение

По терапевтическим подходам схоже с лечением алкогольной зависимости.

Основные задачи лечения: купирование выраженной актуализации влечения к ПАВ и поведенческих нарушений; терапия токсического поражения головного мозга; коррекция аффективных нарушений и соматических последствий длительного употребления ингалянтов; воспитательно-педагогические мероприятия.

Профилактика

При хроническом злоупотреблении ингалянтами развивается токсическая энцефалопатия с признаками мозговой атрофии и хроническими двигательными нарушениями. Появляются выраженные нарушения центральной, периферической и вегетативной нервной системы. Нередко встречается полинейропатия, проявляющаяся в снижении чувствительности, ослаблении рефлексов, парестезиях кистей и стоп, онемением по типу «носков» и «перчаток», сочетающаяся с мышечной гипотрофией и акрогипергидрозом. Токсическое поражение нервных окончаний в головном

мозге приводит к ухудшению зрения вплоть до слепоты, а также к звону в ушах и ослаблению слуха. Также возникают нарушения сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной системы.

Изменения личности тяжелые, быстро нарастают, развивается психоорганический синдром с интел-

лектуальным снижением, психопатоподобным поведением.

Учитывая фактор возраста (пристрастие формируется, в основном, у лиц младшего и подросткового возраста), меры первичной профилактики, идущей от семьи, являются важнейшими в предупреждения развития зависимости.

Приложение Г. Алгоритм Наранжо.

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

Примечание: НЯ – нежелательное явление.

Приложение Д. Психотерапия

Приложение Д1. Мишени психотерапевтического воздействия

Уровни мишеней	Специфические мишени психотерапевтического воздействия
Уровень целостной личности	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аддиктивное «расщепление» Я на нормативную и патологическую (зависимую) субличности 2. Расстройства личности согласно МКБ 10 3. Нарушения самооценки и низкая самоэффективности 4. Дисфункциональное использование механизмов психологической защиты (отрицание, рационализация, проекция, регрессия и т.д.) 5. Нарушения идентичности и способности к ментализации – психического отражения и переработки опыта 6. Аутоагрессия
Психобиологический уровень	Патологические потребности: влечение к ПАВ
Психологический уровень Когнитивная сфера	<ol style="list-style-type: none"> 1. Искажения мышления вследствие дезадаптивных убеждений и установок, выработанных по мере обобщения субъективного опыта употребления ПАВ, например: <ul style="list-style-type: none"> — Нарушения нозогнозии, искаженное осознание болезни, экстернализация причин заболевания — Убеждения, пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего» больного — Убеждения, связанные с употреблением ПАВ (ожидание позитивных эффектов ПАВ, рационализация употребления) 2. Слабые рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния
Эмоциональная сфера	<ol style="list-style-type: none"> 1. Низкая аффективная (фрустрационная) толерантность 2. Поляризация эмоций (позитивных – вокруг позитивных эффектов употребления ПАВ, негативных – вокруг синдрома отмены) 3. Преобладание негативных чувств и эмоций в постинтоксикационном /пострецидивном периоде (злость, стыд, вина, тревога) 4. Напряженный тревожный аффект, приводящий к актуализации влечения 5. Дефицит навыков управления и контроля эмоций (использование поведенческих отыгрываний) 6. Алекситимия
Поведенческая сфера	<ol style="list-style-type: none"> 1. Использование дефицитарных стратегий совладания (со стрессом, влечением); 2. Недостаток навыков здорового образа жизни; 3. Агрессивное и аутоагрессивное поведение; 4. Пассивность (в том числе, эмоциональный «уход» из лечебного процесса).
Мотивационная сфера	<ol style="list-style-type: none"> 1. Эгоцентризм 2. Искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения 3. Нарушения терапевтических установок: на лечение, трезвость и достижение позитивных социально-значимых целей в жизни
Духовная сфера	Кризис эмоционально-духовных ценностей
Социальный уровень	<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушения эмпатии 2. Нарушения привязанности (родительско-детских отношений) как основа будущих дисфункциональных межличностных отношений 3. Созависимость 4. Нарушения способности установления глубокого контакта (в рамках терапевтического альянса), в том числе способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста 5. Дефицит коммуникативных навыков 6. Дисфункциональные модели общения (в том числе, группирование с другими зависимыми).

Примечания: ПАВ – психоактивные вещества

Приложение Д2. Методы психотерапии с доказанной эффективностью, которые рекомендуются к применению при лечении синдрома зависимости от психоактивных веществ

Таблица Д2-1

Основные методы с доказанной эффективностью

ПАВ	Рекомендуемый метод психотерапии	УУР (УДД)	Литература
Опиоиды	Мотивационная психотерапия (мотивационное интервью)	A (1)	56; 126
	Когнитивно-поведенческая психотерапия	A (1)	205; 130
	Профилактика рецидива	A (1)	137
	Терапия ситуационного контроля	A (1)	138; 139; 140
	Семейная терапия	A (1)	96; 97; 99
	Терапия средой, трудотерапия, окупационная терапия,	A (1)	166 - 169
	Трансакционный анализ	B (1;2)	108; 202; 149
	Терапия, стимулирующая на участие в 12-шаговых программах	B (1;2)	160
	Психодинамическая психотерапия	B (1;2)	155; 156; 157
	Диалектическая бихевиоральная психотерапия	B (1;2)	145
	Краткосрочные мотивационные и поведенческие интервенции	B (1и 2)	122
	Физические упражнения, упражнения, духовно-физические практики (mind &body)	B (1;2)	206
	Арттерапия /терапия музыкой	B (2; 3)	172
Каннабиоиды	Мотивационная психотерапия (мотивационное интервью)	A (1)	127
	Когнитивно-поведенческая психотерапия	A (1)	131; 57;
	Профилактика рецидива	A (1)	89; 57
	Терапия ситуационного контроля	A (1)	138; 142
	Семейная терапия	A (1)	207;208
	Краткосрочные мотивационные и поведенческие интервенции	B (1; 2)	120; 121
	Терапия, стимулирующая на участие в 12-шаговых программах	B (1;2)	163
	Физические упражнения, упражнения, духовно-физические практики (mind &body)	B (1;2)	206
Седативные или снотворные вещества	Мотивационная психотерапия (мотивационное интервью)	A (1)	126
	Когнитивно-поведенческая психотерапия	A (1)	132
	Краткосрочные мотивационные и поведенческие интервенции + психообразование	B (1и 2)	118; 119
	Арттерапия /терапия музыкой	B(2;3)	172
Кокаин	Когнитивно-поведенческая психотерапия	A (1)	133; 134
	Мотивационная психотерапия (мотивационное интервью)	A (1)	126; 127
	Терапия ситуационного контроля	A (1)	138; 143; 144
	Профилактика рецидива	A (1)	136
	Семейная терапия	A (1)	99
	Терапия средой, трудотерапия, окупационная терапия,	A (1)	167
	Краткосрочные мотивационные и поведенческие интервенции	B (1и 2)	121
	Терапия, стимулирующая на участие в 12-шаговых программах	B (1;2)	164
	Трансакционный анализ	B (1;2)	149; 150; 151
	Психодинамическая психотерапия	B (1;2)	158; 159
	Терапия, стимулирующая на участие в 12-шаговых программах	B (1;2)	164
	Физические упражнения, упражнения, духовно-физические практики (mind &body)	B(2; 3)	206

Продолжение см. на стр. 51

ПАВ	Рекомендуемый метод психотерапии	УУР (УДД)	Литература
Другие стимуляторы	Мотивационное интервью и мотивационная психотерапия	A (1)	126; 127
	Когнитивно-поведенческая терапия	A (1)	135
	Профилактика рецидива	A (1)	93
	Терапия ситуационного контроля	A (1)	138; 144
	Семейная терапия	A (1)	99
	Терапия средой, трудотерапия, оккупационная терапия,	A (1)	166
	Трансакционный анализ	B (1;2)	149- 151
	Краткосрочные мотивационные и поведенческие интервенции	B (1;2)	117
	Терапия, стимулирующая на участие в 12-шаговых программах	B (1;2)	164
	Физические упражнения, упражнения, духовно-физические практики (mind &body)	B (1;2)	206
	Арттерапия /терапия музыкой	B (2; 3)	172
Сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ	Мотивационная психотерапия (мотивационное интервью)	A (1)	126; 127
	Когнитивно-поведенческая психотерапия	A (1)	57
	Профилактика рецидива	A (1)	89
	Терапия средой, трудотерапия, оккупационная терапия,	A (1)	166
	Терапия, стимулирующая на участие в 12-шаговых программах	B (1;2)	160
	Физические упражнения, упражнения, духовно-физические практики (mind &body)	B (1;2)	206
	Терапия ситуационного контроля	B (1;2)	138; 139
	Краткосрочная поведенческая интервенция	B (1и 2)	122
	Арттерапия /терапия музыкой	B(2; 3)	172

Приложение Д3. Основные воздействия, применяющиеся при психотерапии

Воздействие	Развернутое определение
Психодиагностическое обследование	Применение стандартизированных психодиагностических инструментов, структурированных и полуструктурированных интервью и пр. с целью оценки характерологических особенностей пациента, когнитивных функций, актуального эмоционального состояния, особенностей мотивационной сферы, наличия сопутствующих психических заболеваний, расстройств, связанных с употреблением ПАВ
Психотерапия Индивидуальная Групповая Семейная	Целенаправленная профессиональная помощь в изменении и восстановлении здорового состояния организма психологическими средствами; направлена на устранение личностных, аффективных, поведенческих и иных расстройств, оптимизацию межличностных отношений пациента, усиление мотивов на участие в лечебной программе, отказ от употребления ПАВ, социальную и профессиональную реинтеграцию
Психологическая адаптация	Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. Цель ПА в работе с пациентами с СЗ – восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни
Психологическое консультирование Индивидуальное Групповое Семейное	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Семейное ПК в работе с пациентами с СЗ и их родственниками ориентировано на: Психообразование Улучшение семейного функционирования, за счет: Изменения паттернов зависимо-созависимых отношений Изменения паттернов привязанности Коррекции негативных когнитивных и эмоциональных состояний и обучение способам совладания с ними Обучения методам поддержки и противорецидивной профилактики Профилактики внутрисемейной передачи злоупотребления ПАВ между поколениями Повышение мотивации к лечению и комплайенса пациента за счет обеспечения социального контроля со стороны родственника

Продолжение см. на стр. 52

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Воздействие	Развернутое определение
Психологическая коррекция Индивидуальная Групповая КР	Психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих нормативной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям. Целью психологической коррекции у больных с СЗ является развитие и усиление нарушенных исполнительных, а также иных высших психических функций. КР представляет собой поведенческий тренинг, ориентированный на достижение стойкого улучшения когнитивных процессов (внимания, памяти, исполнительных функций, социального познания и метапознания) и генерализацию полученных навыков в привычной среде
Трудотерапия; оккупационная терапия (синоним - эрготерапия)	Терапия занятостью. ТТ: ремесленный труд, иная профессиональная деятельность, целью которой является развитие либо формирование основных умений труда; адекватного восприятия ежедневной работы; ответственности; мотивации к трудовой деятельности. ОТ - осуществление пациентами каждодневной деятельности в контексте терапевтической среды с целью опробования ролей и ситуаций, которые могут происходить дома, в образовательном учреждении, на рабочем месте, социальных взаимодействиях и т.д. В рамках ОТ осуществляется оценка бытового функционирования и соответствия уровня компенсации психических функций нормативным задачам самообслуживания, профилактики рецидива, обеспечения самопомощи. Центральная задача – адаптация больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность, моделируемую в стационаре или на производстве
Терапия средой	Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа и которая включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления ПАВ, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе
Социально-реабилитационная работа	Система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Целью социально-реабилитационной работы является восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала
Аутогенная тренировка	Группа психотерапевтических техник, направленных на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса. Методика аутогенной тренировки основана на применении мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике. Лечебный эффект обусловлен возникающей в результате релаксации трофотропной реакции, сопровождающейся повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что, в свою очередь, способствует нейтрализации негативной стрессовой реакции организма
Техники осознанности	Осознанность (mindfulness) – способность безоценочно, предметно и буквально осознавать свой жизненный опыт (полноту и разнообразие содержания переживаемых событий и явлений) и одновременно осознание, что переживаемые ощущения есть внутренняя репрезентация опыта, некий субъективный слепок с реальности, а не сама объективная реальность. Цель ТО в лечении СЗ – обучение пациентов произвольному контролю и концентрации внимания для стимулирования более осознанного поведенческого выбора; совладания с патогенными когнициями и аффектом, что играет первостепенную роль в профилактике рецидива

Примечания: КР – когнитивная реабилитация; ОТ – оккупационная терапия; ПА – психологическая адаптация; ПАВ – психоактивное (-ые) вещество(-а); ПК – психологическое консультирование; ТО – техники осознанности; ТТ – трудотерапия.

Приложение Е. Реабилитация

Приложение Е1.

Содержание медицинской-реабилитационной программы

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

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

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

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

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

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

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

— проработки иррациональных установок, дезадаптивных личностных паттернов поведения, автоматических мыслей, поддерживающих аддикцию;

— осознания наиболее типичных когнитивных механизмов обострения болезни.

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

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

Структура МРП с учетом основных направлений реабилитации

I. МЕДИЦИНСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	
1. Медицинские лекции для пациентов стационарного отделения	Цель: формирование обще медицинских знаний у пациентов, создание ответственного отношения к здоровью, выработка критического отношения к употреблению психоактивных веществ, развитие устойчивой антинаркотической направленности личности Лекции читают врачи психиатры-наркологи. Курс рассчитан на 10-15 занятий по 30-45 минут, с периодичностью 1 раз в неделю После лекций идет обсуждение, врач отвечает на вопросы пациентов
2. Фармако- и психофармакотерапия	
II. ОРГАНИЗАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ (адаптационно-реабилитационные мероприятия)	
1. Группа знакомства вновь поступивших пациентов с другими пациентами	Цель: преодоление отрицания, а также барьеров и стереотипов в общении путём коллективного знакомства в группе с реабилитационной средой отделения Задачи: — Принятие вновь прибывшим пациентом группы, места, специалистов, пациентов в качестве единого компонента процесса реабилитации — Поддержка новичка в его желании выздороветь — Способ общения, когда пациенты оказываются одинаково важными, ответственными личностями, участвующими в решении своей проблемы, а не направленно получающими воздействие со стороны специалистов
2. Ежедневное утреннее мероприятие по планированию	Цель: Формирование навыков анализа и планирования своего времени, конструктивного решения возникших проблем, развитие коммуникативных способностей, умения формулировать и грамотно выражать свои мысли Задачи: — Отслеживание динамики по баллам за предыдущий день — Формирование и оглашение планов на день — Индивидуальное расписание консультаций специалистов для каждого пациента
3. Ежевечернее мероприятие по подведению итогов дня	Цель: формирование навыков анализа выполненной работы и проведенного времени, навыков конструктивного решения вопросов и проблем, развитие коммуникативных способностей, умения формулировать и грамотно выражать свои мысли, Задачи: — Анализ прошедшего дня и круг чувств — Подведение итогов дня в отделении — Оценка дежурств — Обсуждение информации на следующий день
4. Еженедельное мероприятие по анализу произошедшего за неделю	Цель: формирование навыков самоанализа и самоконтроля; развитие коммуникативных способностей; принятие критики и похвалы. Задачи: — Подведение итогов работы за неделю — Определение лидеров по баллам и по работе над собой — Распределение ответственностей по ведению различных мероприятий
5. Групповое мероприятие с участием всех пациентов отделения и сотрудников (воспитателей, соцработников, психологов)	Совместное обсуждение проблемных вопросов, возникающих в отделении: разбор конфликтов, нарушение режимных моментов, снижение баллов и т.д. Цель: формирование навыков позитивного и конструктивного решения проблем, возникших внутри коллектива пациентов, развитие коммуникативных способностей, умения формулировать и грамотно выражать свои мысли
6. Формирование терапевтической среды, компенсирующей дефициты когнитивных функций	Цель: компенсация утраченных и нарушенных когнитивных (мнестических) функций; моделирование способов совладания с дефицитами когнитивных функций — Создание системы навигации в отделении/организации, оказывающей услуги МР — Максимальное использование и внедрение внешних опор, позволяющих пациенту безопасно и эффективно ориентироваться во времени, пространстве, режиме и социальных коммуникациях организации
III. ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	
1. Индивидуальная работа:	
1. Психодиагностическое обследование	Цель: выявление степени повреждения психологических и социальных функций, характерологических особенностей пациента, актуального эмоционального состояния, особенностей мотивационной сферы, семейного функционирования

Продолжение см. на стр. 55

2. Индивидуальная психокоррекция и психотерапия	Цели и задачи зависят от этапа реабилитационного процесса, стадии готовности изменения пациента, этапа психотерапевтического процесса, индивидуальных мишеней психотерапии и психокоррекции и пр. (см. раздел «Психотерапия» настоящих Клинических рекомендаций)
3. Групповая работа:	
1. Групповая терапия	Цели и задачи зависят от этапа реабилитационного процесса, стадии готовности изменения пациента, этапа психотерапевтического процесса, индивидуальных мишеней психотерапии и психокоррекции и пр. (см. раздел «Психотерапия» настоящих Клинических рекомендаций)
2. Групповая телесно-ориентированная терапия	Цели и задачи: — Эмоциональная абреакция — Релаксация и снятие эмоционального и телесного перенапряжения — Оздоровление организма при психосоматике
3. Групповая (индивидуальная) арт-терапия	Цели и задачи: — Проективная диагностика личностных особенностей и жизненной ситуации пациента — Эмоциональное отреагирование — Освоение новых навыков и способностей к самовыражению — Повышение самооценки и укрепление личной идентичности — Развитие социальных навыков — Укрепление терапевтического альянса — Подкрепление мотивации на продолжение лечения
4. Работа с семьей	
1. Индивидуальное семейное консультирование	Цели и задачи 1) Психообразование 2) Улучшение семейного функционирования, за счет: — Коррекции негативных когнитивных и эмоциональных состояний и обучение способам совладания с ними — Обучения методам поддержки и когнитивной реабилитации — Профилактики внутрисемейной передачи злоупотребления ПАВ между поколениями 3) Повышение мотивации к лечению и комплаенса пациента за счет обеспечения социального контроля со стороны родственника
2. Семейное консультирование и терапия	Цели и задачи: — Привлечение родственников к решению проблемы зависимости как общесемейной проблемы — Прояснение семейных взаимоотношений — Выявление ведущих конфликтов и паттернов семейного взаимодействия — Поиск новых стратегий внутрисемейного взаимодействия — Обучение и отработка навыков адекватного проявления своих эмоций (по типу «обратной связи»), а также навыков конструктивного взаимодействия Прочие цели и задачи зависят от этапа реабилитационного процесса, стадии готовности изменения пациента, этапа психотерапевтического процесса, индивидуальных мишеней психотерапии и психокоррекции и пр. (см. раздел «Психотерапия» настоящих Клинических рекомендаций).
3. Психотерапевтическая группа для родственников	Цель: включение родственников в лечебно-реабилитационный процесс для повышения эффективности оказываемой помощи пациентам. Задачи: — Выявить в семье факторы, поддерживающие у пациентов злоупотребление ПАВ — Обучить родственников эффективному взаимодействию между членами семьи — Ориентировать родственников на разрешение своих личностных проблем, поддерживающих зависимость от ПАВ — Ориентировать родственников на посещение групп само- и взаимопомощи
4. Лекции консультантов по химической зависимости для родителей	Цели: — Формирование верного представления о заболевании (хим. зависимости и созависимости, АС) в процессе посещения лекций — Преодоление отрицания, признание необходимости решения проблем посредством инструментов программы в предлагаемом объеме, взятие на себя ответственности за свое выздоровление
IV. ВВЕДЕНИЕ В ПРОГРАММУ «12 ШАГОВ»	
1. Индивидуальная работа с консультантом по химической зависимости	— Первичное консультирование: — Индивидуальное консультирование в течение всего срока реабилитации

Продолжение см. на стр. 56

<p>2. Наставничество (оказание помощи новичку со стороны пациента, успешно работающего по программе)</p>	<p>Цели: — Установление доверительных взаимоотношений и вовлечение в терапевтическую среду группы. — Практика в действии основополагающих принципов «12 шаговой» программы: служение, непредубежденность, доверие, готовность и т.д.</p>
<p>3. Групповая работа в рамках программы «12 шагов»</p>	<p>1) Группа по шагам (групповое обсуждение индивидуальных заданий пациентов) 2) Группа по химической зависимости (ознакомление с проблемами зависимости и способами их решения) 3) Группа по мотивациям в выздоровлении (осознание заболевания, признание необходимости выздоровления, определение целей и мотиваций в своем «движении вперед») 4) Группа по дневникам чувств (еженедельный самоанализ): 5) Спикерские группы (личные истории выздоровления): 6) Групповое чтение программной литературы: 7) Просмотр программных фильмов: 8) Выезд с пациентами на городские собрания групп само- и взаимопомощи 9) Группы само- и взаимопомощи(презентации сообществ)</p>
<p>V. СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ</p>	
<p>1) Трудовое воспитание</p>	<p>Цель: Вторичное формирование навыков социально-бытового и санитарно-гигиенического обслуживания, ориентация на здоровый образ жизни. Формы проведения: — Ежедневная утренняя и еженедельная генеральная уборка; — Окупиационные клубы по интересам: а) Производственное (столярные, слесарные, швейные мастерские; мастерская по ремонту помещений и пр.) б) Сельскохозяйственное (теплицы, зеленое хозяйство, грибной цех, садовое хозяйство) в) Животноводческое с целью осуществления зоотерапии или анимотерапии (конное хозяйство, кролиководство, птицеводство, собакопитомник и др.)</p>
<p>2) Физкультурно-оздоровительная работа</p>	<p>Цель: ориентация на здоровый образ жизни, развитие ловкости, силы, выносливости, снижение психо-эмоционального напряжения, создание положительного эмоционального фона, формирование навыка расслабления и снятия стресса. Формы проведения: — Ежедневная утренняя зарядка — Занятия в спортзале — Релаксационные занятия</p>
<p>3) Досуговые и просветительские мероприятия</p>	<p>1) Кинопоказы 2) Изостудия (рисование, лепка, фотография и др.) 3) Спортивный и досуговый комплекс (открытая спортплощадка, зал для спортивных игр, занятий, помещение для просмотра тематических кинофильмов, телепередач и пр.) 4) Лекторий</p>
<p>VI. СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ</p>	
<p>1) Работа с пациентами с СЗ</p>	<p>1. Социальная диагностика (мотивационное интервью, сбор информации о пациенте и его семье, в том числе о профессиональной деятельности; наличии административной либо уголовной ответственности) 2. Работа социальной службы на этапе лечения (социально-правовое консультирование (правовые формы помощи пациентам, соблюдение врачебной тайны, оформление согласия на лечение); участие в групповых психотерапевтических мероприятиях специалистов совместно с пациентами; работа по профориентации) 3. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности: оформление, выплата пособий, обеспечение сохранения рабочего места после выхода на работу 4. Работа социальной службы на стадии подготовки к выписке пациента (индивидуальный план дальнейшей реабилитации пациента и его семьи) 5. Проведение экспертизы стойкой утраты трудоспособности: оформление III или II группы инвалидности и сохранение или изменение в желательную сторону условий труда, оформление I группы инвалидности и организация ухода за больными 6. Проведение экспертизы по установлению противопоказаний для осуществления пациентом отдельных видов деятельности: подготовка экспертизы, защита интересов больных при проведении экспертизы и последующем изменении их условий труда, контроль за своевременной отменой противопоказаний для занятий той или иной деятельностью 7. Мероприятия по восстановлению у пациентов прежних и формированию новых интересов и увлечений</p>

Продолжение см. на стр. 57

2. Работа с семьей	<ol style="list-style-type: none"> 1. Консультирование родственников по вопросам госпитализации пациентов; первичное консультирование родственников пациентов и мотивирование на включение в лечебную программу 2. Информирование: о работе групп; о времени консультаций с врачами и психологами; о предполагаемом дне выписки пациента 3. Сбор анамнеза на постстационарном этапе 4. Защита интересов пациентов в семье: урегулирование семейных конфликтов, улучшение материального положения пациентов, помощь при расторжении брака
3. Взаимодействие с учреждениями профилактики и другими внешними структурами и институтами	<ol style="list-style-type: none"> 1. Взаимодействие с представителями внешних структур 2. Присутствие при осуществлении следственных действий в отношении пациентов в целях защиты их прав и интересов 3. Помощь в жизнеустройстве после выписки 4. Защита интересов пациентов, не имеющих инвалидности, на производстве: экспертная оценка ситуации, меры по сохранению прежних условий труда, меры по изменению их в необходимую сторону, урегулирование конфликтов с администрацией 5. Работа с терапевтическими сообществами: их организация, установление неформальных связей между пациентами, совместное проведение досуга, культивирование «защитной» идеологии 6. Взаимодействие с государственными учреждениями и предприятиями, общественными организациями и частными лицами, оказывающими помощь пациентам с зависимостью от ПАВ.

Приложение Е2. Школа психологической профилактики (Школа пациента и родственников)

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

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

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

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60–90 минут каждое. Начальные занятия могут быть посвящены общим знаниям о проблеме зависимости, основным симптомам зависимости, стержневому расстройству зависимости — патологическому влечению, соматическим, неврологическим и психическим осложнениям болезни. Предоставление знаний о не-

благоприятном воздействии ПАВ. Желательно, чтобы пациенты посещали полный цикл занятий.

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

1. Концепция лечения и соответствующие симптомы при химической зависимости.
 2. Люди, места, вещи, вызывающие у пациента желание употреблять ПАВ.
 3. Структура личного времени.
 4. Влечение к употреблению.
 5. Ситуации повышенного риска.
 6. Социальный прессинг к употреблению.
 7. Острые симптомы, возникающие после отказа от употребления привычного наркотика, способы их преодоления.
 8. Употребление других наркотических веществ (алкоголя, лекарств, не прописанных врачом и др.).
 9. Участие в группах само- и взаимопомощи.
- Групповое консультирование включает пошаговую работу по программе «12 шагов». Тема для обсуждения на каждой сессии может быть либо задана психотерапевтом или психологом, либо быть выбрана согласно индивидуальным потребностям пациента на данном этапе МР. Однако при проведении консультирования должны быть рассмотрены все указанные темы.

Образовательная программа охватывает следующие области:

- информационные занятия по концепции болезни и выздоровления;
- семейное образование;

- философия духовности;
- антистрессовая программа;
- профилактика инфекционных заболеваний (гепатит, ВИЧ и т. д.).

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

Основные темы информационных занятий по концепции болезни и выздоровления:

- наркомания, алкоголизм — болезнь;
- природа зависимости;
- поведенческие признаки зависимости;
- медицинские симптомы зависимости;
- формы психологической защиты у зависимых;
- психология поведения зависимых людей;
- нейробиологическая теория зависимости;
- программа выздоровления в группах само- и взаимопомощи;
- негативные личностные характеристики и их проявления при зависимости;
- рецидивы (срывы) и стратегии их профилактики;
- психологические факторы формирования зависимости;
- стыд и вина.

Семейное образование (основные темы):

- алкоголизм и наркомания — болезнь семейная.

- дисфункциональные семьи. Что это?
- созависимость: признаки и симптомы.

Философия духовности:

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

Темы:

- понятие духовности;
- три основных компонента выздоровления: честность, открытость, готовность стараться;
- духовные потребности и ценности;
- концепция Высшей силы в процессе выздоровления.

Антистрессовая программа:

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

Занятия по профилактике инфекционных заболеваний:

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

Приложение Ж. Признаки хронического употребления ингалянтов

Общий осмотр	Пятна клея или краски на лице, руках, одежде
	Сыпь «токсикомана» - эритематозное воспаление кожи вокруг рта и слизистых, сухая, потрескавшаяся кожа, нередко с присоединением бактериальной инфекции
	Следы химических или термических ожогов на лице и руках
	Инъецированность склер
	Желтушность кожных покровов
	Цианоз
	Химический запах от пациента Хронический насморк
Психические расстройства	Нарушения памяти
	Снижение сообразительности и работоспособности
	Отвлекаемость, неспособность сосредоточиться
	Нистагм
	Психомоторная заторможенность
	Светобоязнь Периферическая полинейропатия Припадки
Органы и системы	Токсическое поражение сердечно-сосудистой системы
	Токсический гломерулонефрит
	Токсическое поражение печени
	Токсическое поражение дыхательной системы (свистящее дыхание, хрипы в легких)

Приложение 3. Шкала оценки тяжести патологического влечения к наркотику (М.А. Винникова, 2002)

Компоненты и клинические признаки ПВН	Баллы
I. ИДЕАТОРНЫЙ КОМПОНЕНТ ПВН	
Наличие мыслей о желании употребить наркотик <i>Их выраженность колеблется в течение дня, четких разграничений нет. Присутствие мыслей уже говорит о достаточно выраженном влечении к наркотику. Однако для удобства можно формально разделить данную категорию расстройств:</i> 2 балла - периодически возникающие мысли о наркотики. 3 балла - постоянные, достаточно интенсивные мысли о наркотики, воспоминания, представления, не поддающиеся волевому усилию.	
II. АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ	
Снижение настроения 1 балл – скука, вялость, пассивность, неразговорчивость, медлительность. Пациент самостоятельно может об этом не говорить, диагностируется только при тщательном расспросе 2 балла – заметное снижение настроения, диагностируемое не только по предъявляемым жалобам, но и на невербальном уровне: выражение лица, поза, мимика 3 балла – тоска (с витализацией или без), пациент самостоятельно предъявляет жалобы.	
Тревога 1 балл – аморфная настороженность, беспричинные опасения, озабоченность 2 балла – нервозность, напряженность, неспособность расслабиться, раздражительность. Пациент самостоятельно предъявляет жалобы, отражается на общем поведении, общении 3 балла – неусидчивость, тревожная ажитация	
3. <i>Дисфория</i> 1 балл – высказывание недовольства, брюзгливость 2 балла – раздражительность, злобность 3 балла – агрессивность, напряженность	
4. <i>Эмоциональная лабильность</i> 2 балла – перепады настроения в течение суток (очень характерный симптом, как правило, наблюдается ухудшение настроения к вечеру) 3 балла – обидчивость, слезливость	
III. НАРУШЕНИЯ СНА В ДИНАМИКЕ	
<i>Позднее мучительное засыпание, многократные пробуждения в течение ночи с последующим быстрым/долгим засыпанием; ранние пробуждения с последующим быстрым засыпанием или невозможностью в дальнейшем заснуть</i> 2 балла – нарушения сна играют существенную роль в диагностике ПВН, как правило, эти симптомы появляются одними из первых при обострении ПВН, всегда говорят о достаточной глубине нарушений. 3 балла – длительно (в течение нескольких дней) существующие нарушения сна, трудно поддающихся медикаментозной коррекции.	
IV. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ (ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ) РАССТРОЙСТВА	
<i>На проявление поведенческих нарушений оказывает влияние индивидуальный личностный радикал, поэтому данные нарушения трудно поддаются ранжированию. Однако можно выделить общие характерные признаки</i> 1 балл – просьбы о дополнительных назначениях или каких-либо процедурах, недовольство режимом отделения, оговаривание сроков выписки 2 балла – враждебность, агрессивность, негативизм 3 балла – возбуждение, двигательная ажитация (двигательная ажитация – всегда говорит о высокой степени выраженности ПВН)	
V. СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ	
Блеск глаз (сухой); потливость; бледность или покраснение кожных покровов; колебания пульса и АД; сердцебиения; внутренняя дрожь; озноб; гастроинтестинальные симптомы; респираторные симптомы; болевая симптоматика. Балльная оценка не приводится	
VI. СНОВИДЕНИЯ.	
<i>Являются маркером обострения ПВН.</i> 2 балла – единичные 3 балла – многократно повторяющиеся (в течение нескольких дней)	
VII. УСТАНОВКА НА ЛЕЧЕНИЕ	
0 баллов – есть; 1 балл – нет.	
VIII. Критика к болезни	
0 баллов – есть; 1 балл – нет.	
Всего:	

Выше 11 баллов – выраженное влечение; 8-11 баллов – средне выраженное влечение; менее 8 баллов – слабо выраженное влечение.