



Клинические рекомендации

**Психические и поведенческие расстройства, вызванные
употреблением психоактивных веществ
Синдром зависимости от психоактивных веществ**

МКБ 10: F 11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19

F11.2 (опиаты),
F12.2 (каннабиноиды),
F13.2 (седативно-снотворные средства),
F14.2 (кокаин),
F15.2 (другие стимуляторы, включая кофеин),
F16.2 (галлюциногены),
F18.2 (летучие растворители),
F19.2 (несколько психоактивных веществ)

ID: _____

URL:

Профессиональные ассоциации:

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

Утверждены

Российской Ассоциацией _____

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
_____ 201_ г.

Оглавление

Ключевые слова	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	6
1. Краткая информация.....	7
2. Диагностика.....	14
3. Лечение.....	27
4. Реабилитация	37
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	41
Критерии качества оценки медицинской помощи	42
Литература	42
Приложение А1. Состав рабочей группы	53
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	53
Приложение Б. Алгоритм диагностики синдрома зависимости.....	55
Приложение В. Информация для пациента	56
Приложение Г. Алгоритм Наранжо.	80
Приложение Д. Психотерапия.....	81
Приложение Е. Реабилитация	86
Приложение Ж. Признаки хронического употребления ингалянтов	112
Приложение З. Нормативно-правовая база.....	112

Ключевые слова

- Синдром зависимости
- Синдром отмены
- Абстинентный синдром
- ПАВ
- Патологическое влечение к наркотику
- Опиаты
- Каннабиноиды
- Седативные или снотворные вещества
- Кокаин
- Психостимуляторы
- Кофеин
- Галлюциногены
- Летучие растворители
- Ингалянты

Список сокращений

АД – артериальное давление

АС – абстинентный синдром

БЗД – бензодиазепины

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 – иммунно-ферментный 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

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

МС – масс-спектрометрия

НА - норадреналин

НД – наркологический диспансер

НЯ – нежелательное явление

ПАВ – психоактивное вещество

СЗ – синдром зависимости

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

ТА – трансакционный анализ

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 (метилендиоксиметамфетамин)

Rg – рентгенография

5-НТ (5-hydroxytryptamine) – 5-гидрокситриптамин, серотониновый рецептор

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.

Адьювантная терапия (англ.: adjuvant therapy) – лечение, которое применяется в дополнение к основным терапевтическим методам как вспомогательные процедуры. Пришло из онкологической практики.

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

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

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

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, опиоидным наркотикам) или к

широкому ряду фармакологически различных психоактивных веществ (определение по МКБ-10)¹.

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, развитие 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. 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-аспартатная система

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

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

В патогенезе СЗ от опиатов, различных психостимуляторов основную роль играют 1-3 системы (см. информацию выше). При длительном приеме ПАВ развивается дефицит нейромедиаторов. В качестве механизма компенсации выступает усиленный синтез КА и подавление активности ферментов их метаболизма, в первую очередь монооксидазы и дофамин-β-гидроксилазы, контролирующей превращение дофамина (ДА) в норадреналин (НА). Происходит формирование ускоренного кругооборота КА. При прекращении приема ПАВ усиленное высвобождение КА из депо прекращается, но остается ускоренным их синтез. Вследствие изменения активности ферментов в биологических жидкостях и тканях (главным образом в мозге) происходит накопление ДА. Именно этот процесс обуславливает развитие основных клинических признаков 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 психотическое состояние [1]. При развитии АС уровень ДА повышается независимо от принадлежности ПАВ, вызвавшего зависимость, к той или иной химической группе. Поэтому основная мишень терапевтического воздействия при всех типах зависимости от ПАВ – регуляция и нормализация функций мезолимбической дофаминовой системы мозга.

При СЗ от каннабиноидов основная роль принадлежит каннабиноидным рецепторам 5 система, см. информацию выше), 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 (см. информацию выше).

Патогенез СЗ от галлюциногенов открыт с 1950-х годов, связан с нарушением серотонинергической передачи. Галлюциногены имеют структуру, сходную с серотином (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].

Кокаин и амфетамины являются вторыми после каннабиноидов в мире [7]. В Европе около 3,6 миллиона взрослых (в возрасте 15-64 лет), по оценкам экспертов, употребили его в прошлом году [8, 9].

На третьем месте по частоте употребления находятся опиоиды. Средняя распространенность употребления опиоидов с высоким уровнем риска среди взрослых от 15 до 64 лет в Европе в 2014 году оценивалась на уровне 0,4%, что эквивалентно 1,3 миллионам употребляющих опиоиды с высоким уровнем риска [8].

По числу обращений за медицинской помощью по поводу злоупотребления ПАВ лица с зависимостью от 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 [10].

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 (БЗД) 45% пациентов, в Германии – до 70%. Частота злоупотребления БЗД увеличивается с продолжительностью заместительного лечения. Высокие цифры злоупотребления седативно-снотворными средствами отмечаются среди потребителей опиоидов в тюрьмах. Так, в 2014 году, в 38 итальянских тюрьмах было обнаружено, что 85% потребителей опиоидов 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 [11, 12, 13].

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 [10].

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 – 292407 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 опиоидной 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, летучие 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.) [14, 15]. За период с 2015 по 2016 г. динамика показателей общей заболеваемости различными формами наркоманий носила разнонаправленный

характер. Так, заболеваемость опиоидной наркоманией уменьшилась с 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% [15].

Эпидемиологические данные по распространенности кофеиновой токсикомании отсутствуют, хотя в имеющихся литературных источниках она оценивается, как низкая [16].

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

В МКБ-10 синдром зависимости от различных видов ПАВ (алкоголь, опиоиды, 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 (Таблица 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)»[♦]. То есть, в случаях зависимости от седативных или снотворных веществ (F13), стимуляторов (F15), галлюциногенов (F16), летучих растворителей (F18), употребления нескольких седативных веществ (F19), в коде психические расстройства ставится русская буква «Н». В противном случае расстройство квалифицируется как «токсикомания» и обозначается русской буквой «Т»; данные буквы устанавливаются в конце шифра (Таблица 1).

Таблица 1 - Формализация диагноза по МКБ-10.

Код	Соответствие коду
F11.2xx	Синдром зависимости от опиоидов
F12.2xx	Синдром зависимости от каннабиноидов
F13.2xx	Синдром зависимости от седативных или снотворных веществ (F13.3xx-Т; F13.3xx-Н)

[♦] [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"

F14.2xx	Синдром зависимости от кокаина
F15.2xx	Синдром зависимости от других стимуляторов, включая кофеин (F15.3xx-T; F15.3xx-H)
F16.2xx	Синдром зависимости от галлюциногенов (F16.3xx-T; F16.3xx-H)
F18.2xx	Синдром зависимости от летучих растворителей (F18.3xx-T; F18.3xx-H)
F19.2xx	Синдром зависимости от нескольких психоактивных веществ (F19.3xx-T; F19.3xx-H)

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.

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

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

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 обращать внимание на ниже перечисленные диагностические критерии синдрома зависимости [1, 17, 18, 19].
Употребление ПАВ (опиоидов, каннабиноидов, седативных и снотворных средств, кокаина, других психостимуляторов, включая кофеин, галлюциногенов, летучих растворителей) приводит к, по меньшей мере, 3 (трём) клинически значимым нарушениям, приведенным ниже, в течение 12-месячного периода:
 - 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 понятия «наркологическая болезнь, нозология». Именно с этим связан феномен существования «синдрома в синдроме». СЗ включает в себя, по меньшей мере, еще 3 синдрома: синдром патологического влечения к ПАВ, синдром отмены, синдром психической деградации. Некоторые исследователи выделяют и толерантность, как самостоятельный синдром. Согласно МКБ-10, структура этого синдрома образована 7 признаками (Таблица 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).
 - 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, 17,18, 19].

Уровень GPP

Комментарии:

Заболевание формируется в сжатые сроки, стремительно. Зачастую бывает невозможно проследить переход с эпизодического употребления на систематический

прием. Сроки формирования абстинентного синдрома также весьма короткие, соответственно, быстро формируется конечная стадия заболевания и присоединяются сомато-неврологические осложнения.

Основными признаками начальной (первой) стадии зависимости от опиоидов являются: психическая зависимость (син.: патологическое влечение к наркотику; влечение к наркотику; болезненное пристрастие); переход от эпизодического употребления к систематическому, что свидетельствует о развитии и утяжелении заболевания; рост толерантности. В этот период физическая зависимость (абстинентный синдром) еще не сформирована. Но на этом этапе все мысли больных, все их интересы сосредоточены на наркотике, а все прочие жизненные проблемы отступают на второй план. Вся жизнедеятельность больного человека подчиняется только одному: поискам наркотика и возможности его введения.

Возникновение АС при опиийной наркомании свидетельствует о формировании качественно нового этапа заболевания – второй (средней) стадии зависимости от опиоидов. Толерантность на этом этапе имеет тенденцию к росту, но уже может достигать максимальных цифр. В целом, переносимость опиоидов значительно превышает летальные для здорового человека дозы[♦].

Характер острой интоксикации меняется по мере развития толерантности к опиоидам: 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 опиоидов различна и составляет, в среднем, 5-10 лет.

В конечной стадии значительно изменяется действие наркотика: эйфория после введения наркотиков не наблюдается. Стимулирующее действие опиоидов так же, как и на второй стадии, преобладает: наркотики вводятся больными только для поддержания работоспособности, нормального настроения, для предотвращения развития абстинентного синдрома.

Толерантность снижается. Существенно видоизменяется характер абстинентного синдрома: алгические симптомы становятся менее выраженными по сравнению с тем, что наблюдалось ранее, могут ограничиваться общим мышечным

[♦] 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 гр (только для природных алкалоидов). У больных опиийной наркоманией эта доза может увеличиться в 10-15 раз или более.

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 каннабиоидам, 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, 17,18, 19].

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 (опиоидами, алкоголем).

Толерантность при злоупотреблении каннабиноидами нарастает медленно. Признаками ее роста могут служить следующие: гашиши 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 галлюцинаторно-бредовой 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, ослабевает 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, 17,18, 19].

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.

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 барбитуровой зависимости 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 стабилизируется. 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 седативно-снотворных препаратов: 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 седативно-снотворными средствами, а также несчастные случаи в состоянии опьянения, заканчивающиеся летальным исходом.

- 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, 17,18, 19].

Уровень GPP

Комментарии:

Особенностями синдрома зависимости от кокаина и других психостимуляторов являются быстрое формирование психической зависимости, слабо выраженные проявления физической зависимости, а также 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.

- 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, 17,18, 19].

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 сформироваться 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 сомато-вегетативных 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 летучих растворителей выяснять жалобы на:
 - влечение к летучим растворителям, связанные с этим нарушения настроения, сна, поведения;
 - интеллектуально-мнестическое снижение [1, 17,18, 19].

Уровень GPP

Комментарии:

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

Вначале вдыхание паров летучих (органических) растворителей 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 в учащающемся систематическому приему свидетельствует о формировании психической зависимости (синдрома патологического влечения). Еще одним признаком сформировавшейся психической зависимости является переход от группового употребления ингалянтов к индивидуальному. Толерантность 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 летучих растворителей 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, 17,18, 19].

Уровень GPP

Комментарии:

Клиника синдрома зависимости зависит от преобладающего психоактивного вещества. 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 дополнительным и подтверждающим к клинической диагностике, а также позволяет создать ориентиры в определении тяжести состояния. Например, при синдроме зависимости 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: определение состояния кожных покровов, инъекированности склер, мышечного тонуса, пальпация/перкуссия печени, почек, аускультация сердца, измерение АД, ЧСС, ЧДД [1, 17,18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

- Рекомендуется обследование неврологического состояния: определение реакции зрачков, нистагма, тремора, состояния периферической нервной системы (тактильная и болевая чувствительность), статической и динамической координации [1, 17,18, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5)

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.

- Рекомендуется проведение ИФА (иммунно-ферментный анализ) при первичном скрининге мочи на содержание ПАВ [20, 21, 22, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

- Рекомендовано подтверждение с помощью ГХ (газовая хроматография)/МС (масс-спектрометрия) или ВЭЖХ (высокоэффективная жидкостная хроматография) при положительных результатах ИФА [20, 21, 22, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии:

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).

ИФА используют в качестве первичного скрининга в связи с простотой их использования и малой затратностью. Хроматографию – 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.

Точность тестирования ИФА варьирует, наиболее высокая она для каннабиса и кокаина, более низкая – для опиатов и психостимуляторов. Положительные результаты ИФА должны сопровождаться подтверждающим тестированием с использованием ГХ/МС или ВЭЖХ.

- Рекомендуется расширение панели опиоидов для обнаружения часто используемых ПАВ: фентанил, гидрокодон, метадон, оксикодон, бупренорфин, трамадол [20, 21, 22, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии:

В связи с тем, что в настоящее время потребители опиатов используют большое количество различных полусинтетических и синтетических производных морфина, рекомендовано использовать расширенную панель для определения опиатов, включающую не только основные метаболиты морфина, но и такие часто используемые ПАВ и ЛС, как фентанил, гидрокодон, метадон, оксикодон, бупренорфин, трамадол. Каждое ПАВ имеет свою длительность выявления в моче методом ИФА [21, 22, 23] (Таблица 3)

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 – иммунно-ферментный анализ

- Рекомендуется выполнить анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ мочи общий [1, 18]

Уровень GPP

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, требующие 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. Инструментальные методы проводятся по клиническим показаниям.

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.

- Рекомендуется исследование ЭКГ с расшифровкой, описанием, интерпретацией данных [1, 17, 18, 19].

Уровень GPP

2.5. Иные методы диагностики

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

3. Лечение

3.1. Общие вопросы лечения синдрома зависимости

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.

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

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

Ориентировочными клиническими критериями для **лечения в стационарных условиях** могут являться 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 психопатологические расстройства не только в остром, но и в подостром состоянии;

2. тяжело и/или длительно протекавший абстинентный синдром;

3. синдром зависимости, сопровождающийся клинически выраженными

соматическими и неврологическими осложнениями;

4. выраженное влечение к ПАВ: безудержное, непреодолимое;

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

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

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

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

Задачи терапии:

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

2 – купирование синдрома патологического влечения для обеспечения возможности 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

3.2. Частные вопросы лечения синдрома зависимости

3.2.1. Синдром зависимости, вызванный употреблением опиоидов.

- Рекомендуется назначение блокаторов опиатных рецепторов длительного действия – налтрексона [1, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

Комментарии:

Блокаторы опиатных рецепторов в терапии синдрома зависимости от опиатов используются более 40 лет, с достаточно успешными результатами. По результатам

систематического обзора [24], зарубежных гайдлайнов [25] по лечению опиоидной зависимости, а также отечественных исследований [26-36], 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. Из этого следует вывод, что лечение СЗ, вызванного употреблением каннабиса, в большей степени симптоматическое. Подходы к терапии и алгоритм лечебных мероприятий общий.

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 каннабиса, нет. Из этого следует вывод, что лечение СЗ, вызванного употреблением каннабиса, в большей степени симптоматическое.

Подходы к терапии и алгоритм лечебных мероприятий общий.

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, вызванного употреблением кокаина, других психостимуляторов, нет. Терапия в данном случае симптоматическая. Подходы к терапии и алгоритм лечебных мероприятий общий.

- Рекомендуется назначение дисульфирама [1, 17,18, 19].

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](Ib), 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 методиками снижалось употребление кокаина, из чего было сделано заключение, что использование дисульфирама при зависимости от психостимуляторов (в частности, кокаина), может быть эффективно [39] (III).

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] (Ib).

- 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]*

3.2.5. Синдром зависимости, вызванный употреблением летучих растворителей.

Универсального протокола лечения СЗ нет [42]. Подходы к терапии, группы применяемых ЛС идентичны таковым при синдроме зависимости от алкоголя [1, 18, 42]. Лечение проводится симптоматически в соответствии с медицинскими показаниями.

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 превалирующей

клинической симптоматики с использованием рекомендованного для каждого ПАВ протокола лечения одновременно или последовательно [1, 19, 42].

Как и в любом другом случае, было бы полезно иметь четкую доказательную базу стратегии лечения для пациентов, зависимых от нескольких ПАВ.

- При синдроме зависимости, вызванном сочетанным употреблением опиатов и алкоголя, рекомендуется такое же лечение, как и при синдроме зависимости, вызванное употреблением опиоидов [1, 17, 19, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

- При синдроме зависимости, вызванном сочетанным употреблением опиатов и алкоголя, рекомендуется назначение дисульфирама [1, 17, 19].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

- При синдроме зависимости, вызванном сочетанным употреблением психостимуляторов и алкоголя, рекомендуется назначение дисульфирама [1, 17, 19, 38].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

- При синдроме зависимости, вызванном сочетанным употреблением психостимуляторов и алкоголя, рекомендуется назначение налтрексона в сочетании с дисульфирамом [40].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

- Использование в лечении синдрома зависимости дополнительной фармакотерапии, такой как антидепрессанты, антиконвульсанты, антипсихотики, ноотропы рекомендуется рассматривать на индивидуальной основе [1, 18, 28, 33, 42].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии:

Показаниями к назначению антидепрессантов при установленном диагнозе «Синдром зависимости» являются: 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 антипсихотиков при установленном диагнозе «синдром зависимости» являются следующие: 1 – эмоционально насыщенные поведенческие и идеаторные расстройства в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ (психомоторное возбуждение, напряженный аффект); 2 – дефицитарные расстройства в виде слабости критики, противоречивости суждений о собственном пьянстве и употреблении ПАВ, неспособности разобратся в сложившейся ситуации, атонии и беспомощности мышления, неопределенности планов; 3 – психопатоподобные расстройства, нарушения сна, психомоторное возбуждение.

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

Антиконвульсанты (в частности, карбамазепин, ламотриджин, вальпроевая кислота), как правило, применяются на этапе противорецидивной и стабилизирующей терапии с целью купирования обострений и дальнейшей терапии патологического влечения к ПАВ. Они в рекомендованных дозах редко вызывают побочные эффекты, но следует возможность индивидуальной непереносимости препаратов и токсических влияний на кровь, то есть развития тех побочных эффектов, которые характерны для этой группы препаратов.

Показаниями к назначению ноотропных препаратов при установленном диагнозе «синдром зависимости» являются следующие: астенические, астено-депрессивные, церебрастенические расстройства; коррекция интеллектуально-мнестических функций.

Другие группы психотропных препаратов (транквилизаторы, снотворные) на этапе противорецидивной 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 [43].

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

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

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

Тактика терапии: проведение психотерапевтического лечения в комплексе с медикаментозным.

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

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

Нозоспецифичные мишени:

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

- нарушения нозогнозии, частичное осознание болезни;
- расстройства личности, либо иная психическая патология.

Мишени, специфичные для личности пациента и для психотерапевтического процесса:

- искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения;
- искаженные коммуникативные установки;
- нарушения самооценки больного;
- слабые рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния;
- нарушения способности установления контакта, в том числе - способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста;
- внутриспихические конфликты, сопровождающиеся интенсивными, но плохо осознаваемыми эмоциями;
- пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего» у больного.

Критерии эффективности психотерапии

- 1) отказ от приема ПАВ;
- 2) формирование терапевтической ремиссии;
- 3) сформированный комплайенс 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.

Наиболее эффективно используются следующие психотерапевтические методики: мотивационная терапия (мотивационное интервью), когнитивно-поведенческая психотерапия, транзакционный анализ, семейная психотерапия, психодинамическая психотерапия, некоторые другие [44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51] (Приложение Д).

- Рекомендуется проведение мотивационного интервью [44, 45, 52, 53-70].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

- Рекомендуется проведение когнитивно-поведенческой психотерапии [46, 47, 49, 59, 63, 65 -92]

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1).

- Рекомендуется проведение транзакционного анализа [93-100]

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

- Рекомендуется проведение семейной психотерапии всем, у кого в доступе есть родственник/родственники или значимое лицо [51, 101-108].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

- Рекомендуется проведение психодинамической психотерапии [109, 110, 111]

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

- Рекомендуется мотивировать пациентов и их родственников на участие в группах само- и взаимопомощи [112-115].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии:

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

- Рекомендуется проведение терапии творческим самовыражением (арттерапия, терапия музыкой и др.) [116].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

3.4. Оценка эффективности и безопасности лечения

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

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии:

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

Критерий эффективности медикаментозного лечения: стабилизация психофизического состояния больного.

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

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

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии:

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

НЯ регистрируются по данным:

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

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

Определенная 9 и более баллов

Вероятная 5–8 баллов

Возможная 1–4 балла

Сомнительная 0 баллов и меньше

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

4. Реабилитация

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

Реабилитация направлена на сохранение положительных результатов, полученных в результате предшествовавшего лечения, за счет восстановления (формирования) нормативного личностного и социального статуса пациента с СЗ благодаря поддержанию трезвого состояния, дальнейшей коррекции и развитию его личностного, интеллектуального, нравственного, эмоционального и творческого потенциала [117-122].

Стратегическими целями реабилитации у пациентов с СЗ являются:

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

Прагматическими целями реабилитации являются:

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

Одна из проблем, усложняющих процесс реабилитации пациентов с СЗ, состоит в том, что ряд психологических функций, необходимых для полноценного восстановления нормативного личностного и социального статуса, у них серьезно повреждена [123]. 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 [118, 120, 124, 125].

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

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

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

Оптимальный алгоритм движения пациентов в процессе осуществления последовательных этапов ЛРП:

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

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

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

4) Диспансерное наблюдение участкового врача психиатра-нарколога.

- Рекомендуется проводить диагностику УРП у всех пациентов, поступающих на реабилитацию [120, 126].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии:

Смотрите характеристику УРП и способы его оценки Приложение Е.

- Рекомендуется проводить краткосрочную интервенцию в виде первичной консультации и мотивационного интервью при поступлении пациентов на реабилитационную программу [148, 155-164].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

Краткосрочная интервенция имеет следующие цели:

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

- Рекомендуется использовать техники мотивационного интервью и когнитивно-поведенческой терапии для формирования (стимулирования) мотивации пациента на участие в реабилитационной программе [117, 127, 128, 137-147].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I)

- Рекомендуется использовать техники противорецидивного тренинга в реабилитационной программе [117, 120, 121, 127, 137-139, 142, 148-159].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I)

Комментарии:

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

- Рекомендуется проводить психообразовательную работу в рамках «Школы профилактики для пациентов и их родственников» для преодоления наркологической неграмотности [117, 124, 127, 137-140, 152-155, 159-161].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I)

Комментарии:

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

- Рекомендуется проводить лично-ориентированную психотерапию в реабилитационной программе [117, 127, 137, 138, 139, 143, 159, 162-165].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I)

- Рекомендуется проводить семейную психотерапию в реабилитационной программе [114, 125, 126, 127, 138, 144, 156-167].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I)

Комментарии:

Основная задача – терапия созависимости (Приложение E).

- Рекомендуется стимулировать участие пациентов в группах само- и взаимопомощи [117, 127, 137-139, 145, 166-176].

Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

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

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

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

Диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ¹⁰

¹⁰ Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034 (зарегистрировано в Минюсте России 22.03.2016 г. №41495) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ.

Критерии качества оценки медицинской помощи

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

Литература

1. Наркология: национальное руководство. /Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой, 2-е издание, переработанное и дополненное. – М.:ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – 944с.
2. [Pertwee RG](#) 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.

- Электронный ресурс: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18482430/> Дата посещения: 20.04.2017
3. [Di Marzo V¹, De Petrocellis L, Fezza F, Ligresti A, Bisogno T.](#) Anandamide receptors. // [Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids](#). 2002 Feb-Mar;66(2-3):377-91. Электронный ресурс: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12052051>. Дата посещения: 20.04.2017
 4. Соловьев А.Г., Вязьмин А.М., Мордовский Э.А. Методологические подходы к учету алкоголь-атрибутивной смертности в России и за рубежом. // *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. Том10. - №4 – 2012. – с. 30-41.
 5. Global status report on alcohol and health – 2014 ed. [Электронный ресурс]. – www.who.int World Health Organization 2014. – 86 с. ISBN 978 92 4 069276 3 (PDF) (дата обращения: 28.02.2017)
 6. Всемирный доклад о наркотиках. 2015. [Электронный ресурс]. – http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_R.pdf (дата обращения: 28.02.2017).
 7. Всемирный доклад о наркотиках. 2013. [Электронный ресурс]. – http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/WDR2013ExSum_R.pdf (дата обращения: 28.02.2017).
 8. European Drug Report 2016: Trends and Developments. EMCDDA, Lisbon, May 2016 [Электронный ресурс]. – <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2016>. - (дата обращения: 28.02.2017).
 9. Perspectives On Drugs Cocaine trafficking to Europe. [Электронный ресурс]. – http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2702/Cocaine%20trafficking_PO_D2016.pdf - (дата обращения: 28.02.2017).
 10. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. Часть II [Электронный ресурс]. – http://www.narkotiki.ru/5_5663.htm (дата обращения: 28.02.2017)
 11. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2014 год. [Электронный ресурс]. – <http://www.nncn.ru/objects/nncn01/1425384831.pdf> (дата обращения: 28.02.2017)
 12. European Drug Report 2015 Trends and Developments EMCDDA, Lisbon, June 2015 [Электронный ресурс]. – <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2015> (дата обращения: 28.02.2017)
 13. EMCDDA-Europol 2014 Annual Report on the implementation of Council Decision [Электронный ресурс]. – <http://www.emcdda.europa.eu/publications/implementation-reports/2014>. (дата обращения: 28.02.2017)
 14. 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.
 15. 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.
 16. Научно обоснованное мнение о безопасности кофеина. Часть 2. /Журнал Наркология. – №9. – 2015. – с. 45-59 (пер. EFSA Journal 2015 13(5)).
 17. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2. Mental Disorders – classification. 3. Mental Disorders—diagnosis. WM 15.
 18. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике. Руководство для практикующих врачей. /под общей редакцией чл-корр. РАМН Ю.А. Александровского, проф. Н.Г. Незнанова: М. – Изд «Литттера». 2014. - С. 582-692.
 19. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош. – 2003. – 215 с.

20. Standridge J. B., Adams S. M., Zotos A.P., Urine Drug Screening: A Valuable Office Procedure. /Am. Fam. Physician. – 2010. – Mar 1. – 81(5). – p. 635-640.
21. 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.
22. 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): p. 33–42.
23. 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. [Электронный ресурс]. – [http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Level_1_Pages/HHS%20Urine%20Specimen%20Collection%20Handbook%20\(Effective%20November%20201,%202004\).aspx](http://workplace.samhsa.gov/DrugTesting/Level_1_Pages/HHS%20Urine%20Specimen%20Collection%20Handbook%20(Effective%20November%20201,%202004).aspx). Accessed January 7, 2009 (дата обращения: 28.02.2017)
24. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, . (2011) Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD001333. [Электронный ресурс]. <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269881112444324> (дата обращения: 01.12.2017)
25. 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 [Электронный ресурс]. <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269881112444324> (дата обращения: 01.12.2017)
26. 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. – P. 427–438.
27. 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).
28. Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Цой-Подосенин 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 контролируемое плацебо исследование эффективности применения налтрексона и флуоксетина для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева.* – 2009. – № 1 (Наркология). – С. 28–36.
29. Крупицкий Е.М., Звартау 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 плацебоконтролируемое исследование эффективности налтрексона для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией // *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.* – 2003. – Т. X, № 2. – С. 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., Bepalov 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.* – Barcelona, Spain, July 7-11, 2002. – P. 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., Beshpalov 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. – Vol. 26. – P. 285-294.
32. Крупицкий Е.М., Звартау 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'Брайн Ч., Вуди Д. Двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности налтрексона для стабилизации ремиссий у больных героиновой наркоманией // *Вопросы наркологии*. – 2005. – № 3. – С. 24–35.
33. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Masalov D.V., Tsoy M.V., Burakov A.M., Egorova V.Y., Didenko T.Y., Romanova T.N., Ivanova E.B., Beshpalov A.Y., Verbitskaya E.V., Neznanov N.G., Grinenko A.Y., O'Brien C.P., Woody G.E. Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St. Petersburg, Russia // *Journal of substance abuse treatment*. – 2006. – Vol. 31. – P. 319-328.
34. Krupitsky E., Woody G.E., Zvartau E., O'Brien C.P. Addiction treatment in Russia // *Lancet*. – 2010, Oct 2. – Vol. 376, № 9747. – P. 1145. PubMed PMID: 20888988. Comment on: *Lancet*. 2010 Jul 3; 376(9734):13-14.
35. Крупицкий Е.М., Блохина Е.А. Применение пролонгированных форм налтрексона для лечения зависимости от опиатов // *Вопросы наркологии*. – 2010. – №4. – С. 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. // *Ж. Вопросы наркологии*. - 2005. - №3. – С.3-13.
37. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Опыт применения вивитрола (налтрексон длительного действия) в зарубежной практике. // *Ж. Вопросы наркологии*. - М., - 2008. - №6. – С.16-73-85.
38. Carroll KM, Nich C, Ball SA, . (1998) Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction* 93: 713–728.
39. Baker JR, Jatlow P, McCance-Katz EF (2007) Disulfiram effects on responses to intravenous cocaine administration. *Drug Alcohol Depend* 87: 202–209.
40. Pettinati HM, Kampman KM, Lynch KG, . (2008a) A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating co-occurring cocaine and alcohol dependence. *Addict Behav* 33: 651–667.
41. Amato L, Minozzi S, Pani PP, . (2011c) Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 12: CD003352.
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 [Электронный ресурс]. – <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269881112444324> (дата обращения: 28.02.2017)
43. Агибалова Т.В., Шустов Д.И, Тучина О.Д. Введение в психотерапию в наркологии, применение научно-доказательных моделей психотерапевтического воздействия. Оценка эффективности психотерапии. В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; Глава 10; С. 688-699.
44. Joseph, J., & Basu, D. (2016). Efficacy of Brief Interventions in Reducing Hazardous or Harmful Alcohol Use in Middle-Income Countries: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Alcohol and Alcoholism*, 52(1), 56–64. doi:10.1093/alcalc/agw054
45. Smedslund, G. Motivational interviewing for substance abuse / G. Smedslund, R.C. Berg, K.T. Hammerstrøm [et al.] // *Campbell Systematic Reviews*. – 2011. – Vol. 6. – 128 p.

46. Magill, M., Kiluk, B. D., McCrady, B. S., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (2015). Active Ingredients of Treatment and Client Mechanisms of Change in Behavioral Treatments for Alcohol Use Disorders: Progress 10 Years Later. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(10), 1852–1862. doi:10.1111/acer.12848
47. Magill, M. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials / M. Magill, L.A. Ray // *J Stud Alcohol Drugs*. – 2009. – Vol. 70. – P. 516-527.
48. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Кошкина Е.А., Тучина О.Д. Психотерапия в наркологии - обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 1. Психотерапия как эмпирически обоснованный метод лечения // *Вопросы наркологии* — 2015 — №. 2 — С. 69 — 81.
49. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д., Тучин П.В. Психотерапия в наркологии - обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 2. Эмпирически обоснованные методы психотерапии наркологических заболеваний // *Вопросы наркологии* — 2015 — №. 5 — С. 46 — 65.
50. Klostermann, K., O'Farrell, T. J. (2013). Treating Substance Abuse: Partner and Family Approaches. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 234–247. doi:10.1080/19371918.2013.759014
51. O'Farrell, T.J. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism / T.J. O'Farrell, Clements K. // *J Marital Fam Ther.* – 2012.– Vol. 38. – №1. – P. 122–144.
52. Kohler, S., & Hofmann, A. (2015). Can Motivational Interviewing in Emergency Care Reduce Alcohol Consumption in Young People? A Systematic Review and Meta-analysis. *Alcohol and Alcoholism*, 50(2), 107–117. doi:10.1093/alcalc/agu098
53. Miller, W.R. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders / W.R. Miller, P.L. Wilbourne // *Addiction*. – 2002. – Vol. 97. –P.265–277.
54. Miller, W. R. Toward a theory of motivational interviewing / W. R. Miller, G. S. Rose // *American Psychologist*. – 2009. – Vol. 64. – P. 527–537.
55. Rollnick, S. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior / S. Rollnick, W. R. Miller, C. Butler. – New York: Guilford Press, 2008. – 210 p.
56. Tanner-Smith, E. E., Lipsey, M. W. (2015). Brief Alcohol Interventions for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51, 1–18. doi:10.1016/j.jsat.2014.09.001
57. Sobell L.C. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders / L.C. Sobell, M.B. Sobell, S. Agrawal // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2009. – Vol. 23. – N4. – P. 672–683.
58. Arnaud, N., Baldus, C., Elgán, T. H., Tønnesen, H., Paepe, N. D., Csemy, L., & Thomasius, R. (2015). Moderators of Outcome in a Web-Based Substance Use Intervention for Adolescents. *SUCHT*, 61(6), 377–387. doi:10.1024/0939-5911.a000397
59. Meyers R.J. The Community Reinforcement Approach: history and new directions / R.J. Meyers, M. Villanueva, J.E. Smith // *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. – 2005. – Vol. 19. – N3. – P. 251–264.
60. Sorsdahl, K., Stein, D. J., Corrigall, J., Cuijpers, P., Smits, N., Naledi, T., & Myers, B. (2015). The efficacy of a blended motivational interviewing and problem solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: A randomized controlled trial. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(1). doi:10.1186/s13011-015-0042-1
61. Brown, R. A., Abrantes, A. M., Minami, H., Prince, M. A., Bloom, E. L., Apodaca, T. R., Hunt, J. I. (2015). Motivational Interviewing to Reduce Substance Use in Adolescents with Psychiatric Comorbidity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 59, 20–29. doi:10.1016/j.jsat.2015.06.016

62. Crane, C. A., Eckhardt, C. I., & Schlauch, R. C. (2015). Motivational enhancement mitigates the effects of problematic alcohol use on treatment compliance among partner violent offenders: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 689–695. doi:10.1037/a0039345
63. Slesnick, N., Guo, X., Brakenhoff, B., & Bantchevska, D. (2015). A Comparison of Three Interventions for Homeless Youth Evidencing Substance Use Disorders: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 54, 1–13. doi:10.1016/j.jsat.2015.02.001
64. Cornelius, J.R. et al., 2011. Evaluation of cognitive behavioral therapy/motivational enhancement therapy (CBT/MET) in a treatment trial of comorbid MDD/AUD adolescents. *Addictive Behaviors*, 36(8), pp.843–848. [Электронный ресурс]. – <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.03.016>. (дата обращения: 28.02.2017)
65. Wray, T. B., Grin, B., Dorfman, L., Glynn, T. R., Kahler, C. W., Marshall, B. D. L., ... Operario, D. (2015). Systematic review of interventions to reduce problematic alcohol use in men who have sex with men. *Drug and Alcohol Review*, 35(2), 148–157. doi:10.1111/dar.12271
66. Vederhus, J.-K., Timko, C., Kristensen, Ø., Hjemdahl, B., & Clausen, T. (2014). Motivational intervention to enhance post-detoxification 12-Step group affiliation: a randomized controlled trial. *Addiction*, 109(5), 766–773. doi:10.1111/add.12471
67. Carroll K.M. Behavioral therapies for drug abuse / K.M. Carroll, L.S. Onken // *Am J Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 1452–1460.
68. Lussier J.P. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders / J.P. Lussier, S.H. Heil, J.A. Mongeon [et al.] // *Addiction*. – 2006. – Vol. 101. – P. 192–203.
69. Hajek P. Relapse prevention interventions for smoking cessation / P. Hajek, L.F. Stead, R. West [et al.] // *Cochrane Database Systematic Review*. – 2013. – Issue 8. – CD003999.
70. Hendershot C.S. Relapse prevention for addictive behaviors / C.S. Hendershot, K. Witkiewitz, W.H. George, G.A. Marlatt // *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. – 2011. – Vol. 6. – P. 17.
71. Darker, C. D., Sweeney, B. P., Barry, J. M., Farrell, M. F., & Donnelly-Swift, E. (2015). Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd009652.pub2
72. Roozema H.G. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction / H.G. Roozema, J.J. Boulognea, M.W. van Tulder [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2004. – Vol. 74. – P. 1–13.
73. Marlatt, G.A. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors / G.A. Marlatt, J.R. Gordon. – New York: Guilford Press, 2005. – 418 p.
74. Dennis M. The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials / M. Dennis, S.H. Godley, G. Diamond [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2004. – Vol. 27. – N3. – P. 197–213.
75. Ghitza U.E. Randomized trial of prize-based reinforcement density for simultaneous abstinence from cocaine and heroin / U.E. Ghitza, D.H. Epstein, J. Schmittner [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2007. – Vol. 75 – P. 765–774.
76. Hester R.K. A web application for moderation training: Initial results of a randomized clinical trial / R.K. Hester, H.D. Delaney, W. Campbell, N. Handmaker // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2009. – Vol. 37. – P. 266–276.
77. Hester R.K. ModerateDrinking.com and Moderation Management: Outcomes of a randomized clinical trial with non-dependent problem drinkers / R.K. Hester, H.D. Delaney, W. Campbell // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2011. – Vol. 79. – N2. – P. 215–224.
78. Hester R.K. Overcoming Addictions, a Web-based application, and SMART Recovery, an online and in-person mutual help group for problem drinkers, part 1: three-month outcomes

- of a randomized controlled trial [Электронный ресурс] / R.K. Hester, K.L. Lenberg, W. Campbell, H.D. Delaney // *Journal of Medical Internet Research*. – 2013. – Vol. 15. – N7. – e134. [Электронный ресурс]. – <http://www.jmir.org/2013/7/e134>. (дата обращения: 28.02.2017)
79. Hester R.K. Self-control training / R.K. Hester // In *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* // R.K. Hester, W.R. Miller (eds.). – Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2003. – P. 152–164.
 80. Irvin J.E. Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review / J.E. Irvin, C.A. Bowers, M.E. Dunn, M.C. Wang // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1999. – Vol. 67. – P. 563–570.
 81. Knapp W.P. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders / W.P. Knapp, B.G. Soares, M.F. Farrell, M. Silva de Lima // *Cochrane Database Systematic Review*. – 2015. – Issue 4. – CD 003023.
 82. Landovitz R.J. Contingency management facilitates the use of postexposure prophylaxis among stimulant-using men who have sex with men / R.J. Landovitz, J.B. Fletcher, S. Shoptaw, C.J. Reback // *Open Forum Infectious Diseases*. – 2015. – Vol. 2. – N1. – 114. [Электронный ресурс]. – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396429>. (дата обращения: 28.02.2017)
 83. Larimer M.E. Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model / M.E. Larimer, G.A. Marlatt, G.A. Parks, K. Witkiewitz // *Alcohol Research & Health*. – 1999. – Vol. 23. – N2. – P. 151–160.
 84. Miller W.R. Community-Reinforcement Approach / W.R. Miller, R.J. Meyers, S. Hiller-Sturmhöfel // *Alcohol Research & Health*. – 1999. – Vol. 23. – N2.
 85. Miller W.R. Long-term follow-up of behavioral self-control training / W.R. Miller, A.L. Leckman, H.D. Delaney, M. Tinkcom // *J Stud Alcohol*. – 1992. – Vol. 53. – N3. – P. 249–261
 86. Najavits L.M. "Seeking Safety": Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence / L.M. Najavits [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. – 1998. – Vol. 11. – P. 437–456.
 87. Petry N.M. *Contingency Management for Substance Abuse Treatment: A Guide to Implementing this Evidenced-based Practice*. – New York: Routledge, 2011.
 88. Rohsenow D.J. Contingent Vouchers and Motivational Interviewing for Cigarette Smokers in Residential Substance Abuse Treatment / D.J. Rohsenow, J.W. Tidey, R.A. Martin [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2015. – N55. – P. 29–38.
 89. Wagner E.F. Randomized controlled trial of guided self-change with minority adolescents / E.F. Wagner; M.M. Hospital; J.N. Graziano [et al.] // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2014. – N82 (6). – P. 1128–1139.
 90. Hunt G.M. A community-reinforcement approach to alcoholism / G.M. Hunt, N.H. Azrin // *Behaviour Research and Therapy*. – 1973. – Vol. 11. – P. 91–104.
 91. Meredith S. The ABCs of incentive-based treatment in health care: a behavior analytic framework to inform research and practice / S. Meredith, B.P. Jarvis, B.R. Raiff // *Psychology Research and Behavior Management*. – 2014. – Vol. 7. – P. 103–114.
 92. Branson C.E. A pilot study of low-cost contingency management to increase attendance in an adolescent substance abuse program / C.E. Branson, A.M. Barbuti, P. Clemmey [et al.] // *The American Journal on Addictions*. – 2012. – Vol. 21. – P. 126–129.
 93. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И. Шустов. — М.: Когито-Центр, 2005. — 214 с.
 94. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости. Клиника и психотерапия / Д.И. Шустов. — СПб.: СпецЛит, 2016. — 207 с.
 95. Шустов, Д.И. Психотерапия алкогольной зависимости в классическом и современном транзакционном анализе / Д.И. Шустов, С.А. Новиков, П.В. Тучин // *Российский психотерапевтический журнал*. – 2012. – № 3-4 (4-5). – С. 47–57.

96. Тучин П.В. Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии в лечении больных опиоидной зависимостью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2014. — 184 с.
97. Агибалова, Т.В. Алкогольная зависимость с позиций транзактного анализа / Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2007. — Вып. 1. — С. 71–73.
98. Новиков, С.А. Алкогольная зависимость и проявления аутоагрессивного поведения у пациентов с различными типами личности (клинико-терапевтическое исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Новиков Сергей Андреевич. — М., 2014. — 179 с.
99. Меринов, А.В. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Наркология. — 2010. — № 9. — С. 59–63.
100. Ohlsson T. Effects of transactional analysis psychotherapy in therapeutic community treatment of drug addicts / T. Ohlsson // Transactional Analysis Journal. — 2002. — Vol. 32. — N2. — P. 153–177
101. McCrady, B.S. Treating alcohol problems with couple therapy / B.S. McCrady // Journal of Clinical Psychology. — 2012. — Vol. 68. — № 5. — P. 514–525.
102. Powers, M.B. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A metaanalysis / M.B. Powers, E. Vedel, P.M.G. Emmelkamp // Clinical Psychology Review. — 2008. — Vol. 28. — № 6. — P. 952–962.
103. Ruff S, McComb JL, [Coker CJ](#), [Sprenkle DH](#). Behavioral couples therapy for the treatment of substance abuse: a substantive and methodological review of O'Farrell, Fals-Stewart, and colleagues' program of research. [Fam Process](#). 2010 Dec;49(4):439-56. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01333.x.
104. Schumm, J. A., O'Farrell, T. J., Kahler, C. W., Murphy, M. M., & Muchowski, P. (2014). A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually based treatment for women with alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 993–1004. doi:10.1037/a0037497
105. Meis, L. A., Griffin, J. M., Greer, N., Jensen, A. C., MacDonald, R., Carlyle, M., ... Wilt, T. J. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 275–286. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.003
106. Horigian, V. E., Anderson, A. R., & Szapocznik, J. (2016). Family-Based Treatments for Adolescent Substance Use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), 603–628. doi:10.1016/j.chc.2016.06.001
107. Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 468–481. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.006
108. Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W. R. (2011). The Effects of Family Therapies for Adolescent Delinquency and Substance Abuse: A Meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 281–304. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x
109. Knekt P., Laaksonen M. A., Raitasalo R., Haaramo P., Lindfors O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *European Psychiatry*. 2010; № 25: 1-7.
110. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis*. 2005; № 86: 841– 868.
111. Gregory R. J., Chlebowski S., Kang D., et al. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy*, 2008; № 45: 28-41.
112. Ferri M., Amato L., Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006, Issue 3. Art. No.: CD005032.
113. Kaskutas L.A. Alcoholics anonymous effectiveness: faith meets science. *J Addict Dis*. 2009; № 28(2): 145-57.

114. Vanderplasschen W., Vandeveldel S., Broekaert E. Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges. Luxembourg, 2014; 92 p.
115. 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.
116. 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.
117. United Nations. Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2003; 143 p.
118. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. М., 2002; 256 с.
119. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. М., 1997.
120. 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.
121. 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.
122. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации. *Вопросы наркологии*. 2015; № 3: С. 87 -107.
123. 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.
124. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. *Психотерапия*, 2003; № 12: С.15-24.
125. Kopelman M.D., Thomson A., Guerrini I., Marshall E. J. The Korsakoff syndrome: clinical aspects, psychology and treatment. *Alcohol & Alcoholism*. 2009; № 44: 148–154.
126. Дудко Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медикосоциальной реабилитации. *Вопросы наркологии*. 2000; № 3: С. 13–21.
127. United Nations. TREATNET Quality standards for drug dependence treatment and care services. New York: UNITED NATIONS, 2012; 60 p.
128. 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.
129. Kaner E.F., Dickinson H.O., Beyer F., et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2009; № 28: 301-323.
130. Schmidt C.S., Schulte B., Seo H.N., et al. Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings. *Addiction*. 2016; № 111: 783-94.
131. Starosta A.N., Leeman R.F., Volpicelli J.R. The BRENDA Model: integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorders. *Journal of Psychiatric Practice*. 2006; № 12 (2): 80–89.
132. Rome A.M. An evidence-based analysis of the BRENDA Approach: psychosocial interventions for dependent alcohol drinkers. *Journal of General Practice*, 2015; S1:002. URL: doi:10.4172. 2329-9126.s1-002

133. 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.
134. Smedslund G., Berg R.C., Hammerstrøm K.T., et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; CD008063.
135. 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.
136. 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.
137. Tai B., Straus M.M., Liu S.D. et al. The first decade of the national drug abuse treatment clinical trials network: bridging the gap between research and practice to improve drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2010. № 38; Suppl. 1: S4–13.
138. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. NIH, 2012; 176 p.
139. 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.
140. 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.
141. 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.
142. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Вальчук Д.С., и др. Психотерапевтическая программа по снижению патологического влечения к алкоголю: предварительная оценка эффективности. *Вопросы наркологии*. 2016; № 7-8: С. 34-43.
143. 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.
144. 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.
145. 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.
146. 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.
147. 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.
148. 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.
149. Grow J.C., Collins S.E., Harrop E.N., Marlatt G.A. Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive Behaviors*. 2015. №40: P. 16–20.
150. Carroll K.M., Onken L.S. Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry*. 2005; № 162: 1452–60.
151. Брюн Е.А., Москвичев В.Г., Духанина И.В. Реабилитационно-профилактические технологии наркологической помощи. *Здравоохранение Российской Федерации*, 2007; № 4: С.16-19.
152. 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.

153. Валентик Ю.В. Континуальная терапия. Московский психотерапевтический журнал. 1999; № 1: С. 47-58.
154. Валентик Ю.В., Булатников А.Н. Континуальный подход к психотерапии больных алкоголизмом. *Вопр. наркологии*. 1994; № 3: С.8 - 12.
155. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкогольной зависимостью: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993; 70 с.
156. Дудко Т.Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии. *Вопросы наркологии*. 1999; № 2: С. 28–34.
157. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами. *Вопросы наркологии*. 2008; № 3: 80-93.
158. Брюн Е.А. Совершенствование технологий управления профилактической и лечебно-реабилитационной наркологической помощью: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2007.
159. 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.
160. Weiss R.D., Jaffee W.B., de Menil V.P., Cogley C.B. Group therapy for substance use disorders: what do we know? *Harvard Review of Psychiatry*. 2004; № 12 (6): 339–350.
161. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых. *Наркология*. 2002; № 9: С. 27—35.
162. Morin J., Harris M., Conrod P. A review of CBT treatments for Substance Use Disorders. *Oxford Handbooks Online*. 2017; URL: [http: www.oxfordhandbooks.com](http://www.oxfordhandbooks.com). view. 10.1093.oxfordhb.9780199935291.001.0001.oxfordhb-9780199935291-e-57.
163. McGovern M.P., Carroll K.M. Evidence-based practices for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2003; № 26(4): 991-1010.
164. Kramer Schmidt L., Bojesen A.B., Nielsen A.S., Andersen K. Duration of therapy - Does it matter?: A systematic review and meta-regression of the duration of psychosocial treatments for alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2018; № 84: 57-67.
165. Foulds J., Newton-Howes G., Guy N., Boden J.M., Mulder R.T. Dimensional personality traits and alcohol treatment outcome: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2017; № 112 (8): 1345-1357.
166. Брюн Е.А., Аршинова В.В., Гусева О.И., Кошкина Е.А., Сокольник Е.И., Валькова У.В., Смирновская М.С., Круглых А.А. Факторы, влияющие на длительность ремиссии у больных наркологического профиля, по результатам контент-анализа научных работ за период 2002—2011 годов. *Наркология*, 2017; № 11: С. 47-62.
167. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Эм Т.В. Психотерапия психопатологических расстройств у матерей и жен, сыновья и мужа которых страдают алкогольной зависимостью. *Вопросы наркологии*. 2016; № 11-12: С. 71-85.
168. Meyers J.L., Dick D.M. Genetic and environmental risk factors for adolescent-onset substance use disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010; № 19(3): 465-77.
169. 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>.
170. 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
171. Foxcroft D.R., Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; № 9. Art. No.: CD009308.
172. 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.
173. O'Farrell T.J. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2012; № 38(1): 122–144.

174. Suresh Kumar P.N., Thomas B. Family intervention therapy in alcohol dependence syndrome: One-year follow-up study. Indian J Psychiatry. 2007; № 49: 200-4.
175. 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.
176. McCrady B. S., Epstein E. E., Cook S. et al. A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2009; № 77: 243–256.

Приложение А1. Состав рабочей группы

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

Конфликт интересов: нет

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

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

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

При разработке настоящих клинических рекомендаций использованы следующие информационные средства:

- «Требования к оформлению клинических рекомендаций для размещения в Рубрикаторе». Письмо Первого заместителя министра здравоохранения И.Н.Каграманяна от 01 сентября 2016г. №17-4/10/1-4939.
- Анализ источников научной литературы и других данных, а также интернет-ресурсов за последние 10 лет:
 - отечественные: руководства для врачей, научные публикации в периодических изданиях, научная электронная библиотека e-library, Государственный Реестр Лекарственных Средств, Регистр лекарственных

средств, Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации;

- зарубежные: Cochrane Library, Medline, Medscape, PubMed, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)
- Регламентирующие документы Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

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

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

Примечание:

УДД – уровень достоверности доказательств

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

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

Примечание:

УДД – уровень достоверности доказательств

РКИ – рандомизированное клиническое исследование

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

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

Примечание:

УУР – уровень убедительности рекомендаций

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

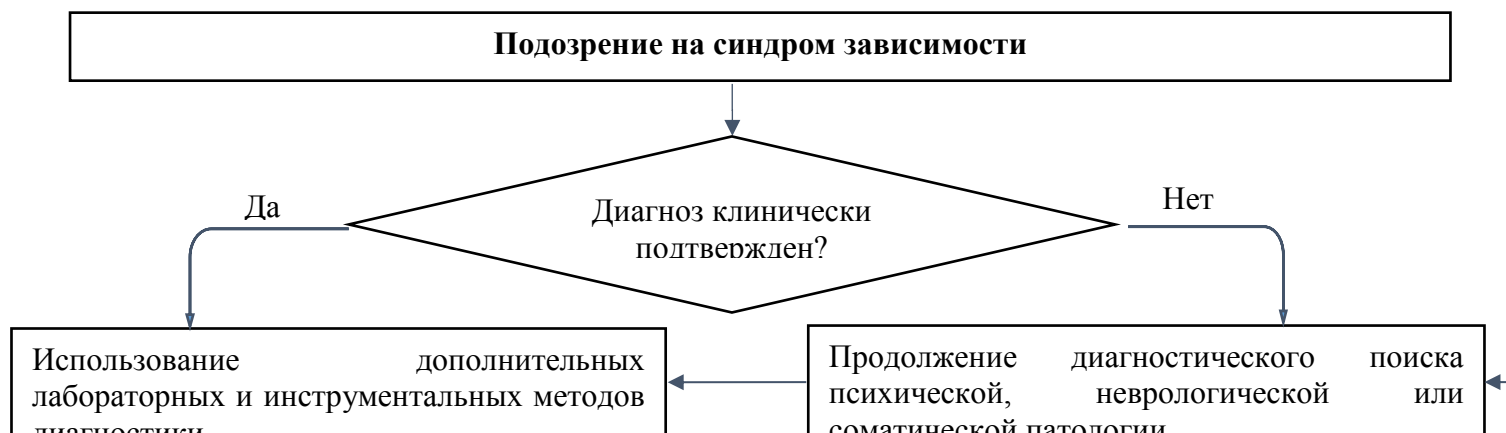
УУР	Описание
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация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

Примечание:

УУР – уровень убедительности рекомендаций

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

Приложение Б. Алгоритм диагностики синдрома зависимости



Приложение В. Информация для пациента

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, измениться 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 ОПИОИДОВ.

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

Виды опиоидов:

Опиоиды 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 опиийной (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.

Натуральные (природные) опиоиды: опиий-сырец, подсохший млечный сок снотворного мака, чистые алкалоиды опия: морфин, кодеин, другие алкалоиды фенантреновой группы, омнопон (пантопон) — смесь алкалоидов опия, маковая соломка (зрелые, высушенные, освобожденные от семян, разломанные коробочки с остатком плодоножек).

Полусинтетические опиоиды: героин, бупренорфин, гидроморфон, оксиморфон, оксикодон, кустарно обработанный раствор опия, маковой соломки.

Синтетические опиоиды: промедол, метадон, лидол, фентанил, просидол, буторфанол, LAAM.

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.

Способы употребления:

Опиоиды 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 опиий-сырца, а также медицинские анальгетики. Кодеинсодержащие препараты употребляются преимущественно внутрь и реже - внутривенно.

Клинические признаки опиийной интоксикации:

- Эйфория, благодушие, заторможенность, отрешенность от окружающего.
- Сужение зрачков
- Следы инъекций или постинъекционные инфекции мягких тканей
- Нечувствительность к боли
- Бледность кожных покровов

- Кожный зуд, чесывание
- Признаки обезвоживания, снижение артериального давления, брадикардия
- Равномерно сниженные рефлексы
- Понижение температуры тела
- Угнетение дыхания
- Повышение тонуса сфинктеров (задержка мочи, запоры)

Передозировка опиоидами.

Передозировка опиоидов 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 опиоидов в «уличных» наркотиках, содержащих большое количество примесей. Также к числу факторов риска смертельной передозировки относятся сочетанная опиоидно-алкогольная интоксикация. Передозировка опиоидами может развиваться не только при внутривенном, но и при внутримышечном, подкожном и интраназальном введении, а также при курении.

Клинически передозировка опиоидами 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 опиоидов является угнетение дыхания с отеком легких. Угнетение сердечной системы выражается в резком падении артериального давления, острой сердечной недостаточности. Также к смертельным осложнениям передозировки опиоидами относятся острые пневмонии, поражение почек.

Формирование зависимости.

Злоупотребление опиоидами 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 опиоидов. 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 наркогенности (способности вызывать зависимость) применяемого препарата и его способа введения. Наиболее наркогенным 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 опиоидов являются: болезненное стремление непрерывно или периодически принимать опиоиды 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 опиоидов. 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 опиоидных 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 опиоидов.

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 опиоидов. 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 опиоидов.

Средняя стадия синдрома зависимости от опиоидов.

Возникновение синдрома отмены («ломки») при опиоидной наркомании свидетельствует о формировании качественно нового этапа заболевания – второй (средней) стадии зависимости от опиоидов. Синдром отмены формируется примерно через 2 недели — 1,5 месяца после начала систематического употребления опиоидов. 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 опиоидов значительно превышает смертельные для здорового человека дозы. По мере роста дозы меняется и характер наркотического опьянения. В этот период ослабляются и исчезают физиологические эффекты опиоидов, значительно видоизменяется «кайф». В целом, эйфория ослабляется, становится короче и в ее структуре начинает преобладать стимулирующее действие опиоидов. На этом этапе болезни пациенты становятся активными, работоспособными только под действием опиоидов. В это же время могут встречаться вспыльчивость, агрессивность, взрывчатость в состоянии интоксикации, не свойственная начальным этапам зависимости. Длительность средней стадии зависимости от опиоидов 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 опиоидов. Суточная потребляемая доза имеет тенденцию к снижению. При введении прежней высокой дозы у больных наблюдается сильная вялость, слабость. Существенно видоизменяется характер синдром 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 опиоидами 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 опиоидами 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 опиоидной 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.

Показания к госпитализации.

При уже сформированной болезни синдром отмены («ломка»), как правило, протекает тяжело. Поэтому уже первые появляющиеся признаки синдрома отмены служат поводом для госпитализации пациента.

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

Здесь 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 уберегает 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 2-х 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 (опиоидами, 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. Возможны суицидальные попытки. Иногда отмечаются непривычные ощущения в разных частях тела: сдавление в груди, затрудненное дыхание, неприятные ощущения в области сердца, чувство сжатия 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 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 обструктивным 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.

Показания к госпитализации

Госпитализация показана при развитии средне-тяжелого и тяжелого абстинентного синдрома.

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 изменениям 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. Своеобразным рубежом, за которым можно искать признаки зависимости, служит дневной прием этих ЛС.

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 стабилизируется. Заметно меняется характер опьянения: расторможенность 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 день после последнего приема и достигают максимума на 1-2 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 злобы 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.

Показания к госпитализации

Синдром отмены от седативных или снотворных препаратов – это состояние, представляющее потенциальную угрозу для жизни, поэтому требует госпитализации.

Лечение

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

Профилактика

Хроническая интоксикация барбитуратами 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 злобы 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 кристальный, 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 бензоилметилекгоном. 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 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 бессонницей 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.

Показания к госпитализации

Синдром отмены средней и тяжелой степени. Резко выражено влечение к наркотику. В связи с высоким риском психических осложнений (психозы, суицидальная настроенность, тяжелые депрессивные расстройства), рекомендовано стационарное лечение.

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 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 терапии 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 злоупотреблении 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.

Показания к госпитализации

Синдром отмены средней и тяжелой степени. В связи с высоким риском психических осложнений (психозы, суицидальная настроенность, тяжелые депрессивные расстройства), рекомендовано стационарное лечение.

Лечение

Специфических средств терапии не существует. Л. 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 психоактивных веществ 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 психоактивного вещества 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 2-3-х дней). Некоторые специалисты придерживаются противоположной точки зрения. Они описывают яркие проявления синдрома наркоманической зависимости при злоупотреблении галлюциногенами.

Показания к госпитализации как правило, связаны с острой интоксикацией, рецидивами психотических состояний, развитиями хронических психозов.

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 ЛЕТУЧИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ

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. Чаще 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 сутки присоединяется депрессивная симптоматика. На 4-5 сутки синдром отмены может осложниться развитием острого психоза, длящегося от нескольких часов до 3 суток и представляющего собой делирий с иллюзиями, истинными зрительными и слуховыми галлюцинациями. В целом, продолжительность синдрома отмены в условиях лечения около 2-х 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, психопатоподобным 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).

Показания к госпитализации

Учитывая частоту и тяжесть осложнений, показана госпитализация при начальных проявлениях синдрома отмены.

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 интеллектуальным 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. Методы психотерапии

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

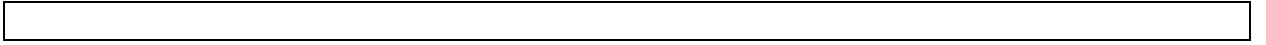
	детстве комплексах, которые в дальнейшем ведут к дисгармоническому развитию, психологическому неблагополучию. Это может привести к формированию повышенной потребности в употреблении ПАВ. Соответственно, психоаналитический подход позволяет изживать эти комплексы, тем самым улучшать и стабилизировать психологическое состояние пациента, уменьшая его потребность в ПАВ.
Группы само- и взаимопомощи	Проходят в сообществах, объединяющих мужчин и женщин, которые делятся друг с другом своим опытом, силами и надеждами, с целью помочь себе и другим избавиться от алкоголизма, наркомании. Основной принцип работы таких групп – это положительный пример трезвой жизни и обмен опытом по ее достижению. Характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего, на изменение стереотипных установок личности, а также ее внутреннего состояния.

Приложение Д2. 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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.

	<p>Семейное ПК в работе с пациентами с СЗ и их родственниками ориентировано на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Психообразование 2) Улучшение семейного функционирования, за счет: <ul style="list-style-type: none"> – Изменения паттернов зависимо-созависимых отношений – Изменения паттернов привязанности – Коррекцию негативных когнитивных и эмоциональных состояний и обучение способам совладания с ними – Обучения методам поддержки и противорецидивной профилактики – Профилактики внутрисемейной передачи злоупотребления ПАВ между поколениями 3) Повышение мотивации к лечению и комплаенса пациента за счет обеспечения социального контроля со стороны родственника
<p>Психологическая коррекция</p> <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальная • Групповая • КР 	<p>Психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих нормативной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям.</p> <p>Целью психологической коррекции у больных с СЗ является развитие и усиление нарушенных исполнительных, а также иных высших психических функций.</p> <p>КР представляет собой поведенческий тренинг, ориентированный на достижение стойкого улучшения когнитивных процессов (внимания, памяти, исполнительных функций, социального познания и метапознания) и генерализацию полученных навыков в привычной среде</p>
<p>Трудотерапия; оккупационная терапия (синоним - эрготерапия)</p>	<p>Терапия занятостью. ТТ: ремесленный труд, иная профессиональная деятельность, целью которой является развитие либо формирование основных умений труда; адекватного восприятия ежедневной работы; ответственности; мотивации к трудовой деятельности. ОТ - осуществление пациентами каждодневной деятельности в контексте терапевтической среды с целью опробывания ролей и ситуаций, которые могут происходить дома, в образовательном учреждении, на рабочем месте, социальных взаимодействиях и т.д. В рамках ОТ осуществляется оценка бытового функционирования и соответствия уровня компенсации психических функций нормативным задачам самообслуживания, профилактики рецидива, обеспечения самопомощи. Центральная задача – адаптация больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность, моделируемую в стационаре или на производстве</p>
<p>Терапия средой</p>	<p>Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных,</p>

	<p>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</p>
Социально-реабилитационная работа	<p>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</p>
Аутогенная тренировка	<p>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</p>
Техники осознанности	<p>Осознанность (mindfulness) – способность безоценочно, предметно и буквально осознавать свой жизненный опыт (полноту и разнообразие содержания переживаемых событий и явлений) и одновременно осознание, что переживаемые ощущения есть внутренняя репрезентация опыта, некий субъективный слепок с реальности, а не сама объективная реальность. Цель ТО в лечении СЗ – обучение пациентов произвольному контролю и концентрации внимания для стимулирования более осознанного поведенческого выбора; совладания с патогенными когнициями и аффектом, что играет первостепенную роль в профилактике рецидива</p>
<p>Примечания: КР – когнитивная реабилитация ОТ – оккупационная терапия ПА – психологическая адаптация ПАВ – психоактивное (-ые) вещество(-а) ПК – психологическое консультирование ТО – техники осознанности ТТ – трудотерапия</p>	



Приложение Е. Реабилитация

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

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

Высокий УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

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

дистимий, утрата тонких эмоций и пр.);

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

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

Частные признаки высокого УРП:

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

Психологические особенности лиц с высоким уровнем реабилитационного потенциала:

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

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

3. Недостаточно выраженная деформация смысложизненных ориентаций (средний или ниже среднего уровень общей осмысленности жизни, наличие целей на будущее,

средний уровень эмоциональной насыщенности жизни, удовлетворенности самореализацией, легкое снижение представлений о себе, как о сильной личности, способной хоть в какой-то степени управлять своей жизнью).

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

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

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

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

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

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

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

Средний УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- средним удельным весом наследственной отягощенности наркологическими

и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);

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

эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность и пр.);

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

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

Частные признаки среднего УРП:

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

Психологические особенности лиц со средним уровнем реабилитационного потенциала:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Низкий УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- высоким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших

родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра);

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

- выраженной деградацией личности - выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за своё заболевание на окружающих;
- торпидностью мышления, ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках или пьянстве;
- гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез или ВИЧ-инфекции,
- эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения;
- снижение либидо и потенции, сексуальные связи редкие или отсутствуют;
- критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания своего заболевания;
- отсутствие веры в возможность выздоровления и нормализацию социального положения, поэтому мотивация на участие в реабилитационном процессе в основном проявляется не добровольным осознанным согласием, а основана на прагматических мотивах: избежать преследования, наказания, получить "поддержку", выгоду и прочее.

Частные признаки низкого УРП:

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

Психологические особенности лиц с низким уровнем реабилитационного потенциала:

1. Низкий уровень восприятия качества своей жизни, связанного со здоровьем (выраженное влияние физического состояния на ролевое функционирование, низкая оценка своего состояния здоровья в настоящий момент и отсутствие перспектив реабилитации, выраженное ограничение социальной активности физическим или эмоциональным состоянием, низкая самооценка психического здоровья, эмоциональное состояние мешает

выполнению работы или другой повседневной деятельности). Возможно неадекватное восприятие своего физического состояния.

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Выраженные нарушения, связанные с искажением восприятия психологического времени (непрятие собственного прошлого, вызывающего отвращение, отсутствие целей и планов на будущее, ориентация на получение удовольствия, отсутствие заботы о последствиях, беспомощное и безнадежное отношение к настоящему, твердое убеждение, что будущее определено, а настоящее должно переноситься с покорностью).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Приложение Е3. Характеристика стационарной и амбулаторной программ реабилитации

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

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

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

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

Примечание:

СЗ – синдром зависимости

УРП – уровень реабилитационного потенциала

МРП – медицинская реабилитационная программа

СЗА – синдром зависимости от алкоголя

МР - ?

ЛРП – лечебно-реабилитационная программа

ПАВ- психоактивное вещество

АН – группа взаимопомощи «Анонимные наркоманы»

АА – группа взаимопомощи «Анонимные алкоголики»

Ал- Атин – группа взаимопомощи для тинэйджеров

Приложение Е4. Содержание медицинской-реабилитационной программы

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Структура МРП с учетом основных направлений реабилитации

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

4. Еженедельное мероприятие по анализу произошедшего за неделю	Цель: формирование навыков самоанализа и самоконтроля; развитие коммуникативных способностей; принятие критики и похвалы. Задачи: – Подведение итогов работы за неделю – Определение лидеров по баллам и по работе над собой – Распределение ответственностей по ведению различных мероприятий
5. Групповое мероприятие с участием всех пациентов отделения и сотрудников (воспитателей, соцработников, психологов)	Совместное обсуждение проблемных вопросов, возникающих в отделении: разбор конфликтов, нарушение режимных моментов, снижение баллов и т.д. Цель: формирование навыков позитивного и конструктивного решения проблем, возникших внутри коллектива пациентов, развитие коммуникативных способностей, умения формулировать и грамотно 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
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

	<p>перенапряжения</p> <ul style="list-style-type: none"> – Оздоровление организма при психосоматике
<p>3. Групповая (индивидуальная) арт-терапия</p>	<p>Цели и задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проективная диагностика личностных особенностей и жизненной ситуации пациента – Эмоциональное отреагирование – Освоение новых навыков и способностей к самовыражению – Повышение самооценки и укрепление личной идентичности – Развитие социальных навыков – Укрепление терапевтического альянса – Подкрепление мотивации на продолжение лечения
<p>4. Работа с семьей</p>	
<p>1. Индивидуальное семейное консультирование</p>	<p>Цели и задачи</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Психообразование 2) Улучшение семейного функционирования, за счет: <ul style="list-style-type: none"> – 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
<p>2. Семейное консультирование и терапия</p>	<p>Цели и задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Привлечение родственников к решению проблемы зависимости как общесемейной проблемы – Прояснение семейных взаимоотношений – Выявление ведущих конфликтов и паттернов семейного взаимодействия – Поиск новых стратегий внутрисемейного взаимодействия – Обучение и отработка навыков адекватного проявления своих эмоций (по типу «обратной связи»), а также навыков конструктивного взаимодействия <p>Прочие цели и задачи зависят от этапа реабилитационного процесса, стадии готовности изменения пациента, этапа психотерапевтического процесса, индивидуальных мишеней психотерапии и психокоррекции и пр. (см. раздел «Психотерапия» настоящих Клинических рекомендаций).</p>
<p>3. Психотерапевтическая группа для родственников</p>	<p>Цель: включение родственников в лечебно-реабилитационный процесс для повышения эффективности оказываемой помощи пациентам.</p> <p>Задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Выявить в семье факторы, поддерживающие у пациентов злоупотребление ПАВ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Социальный прессинг к употреблению.

7. Острые симптомы, возникающие после отказа от употребления привычного наркотика, способы их преодоления.

8. Употребление других наркотических веществ (алкоголя, лекарств, не прописанных врачом и др.).

9. Участие в группах АА, НА и в других группах само- и взаимопомощи.

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

Образовательная программа охватывает следующие области:

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

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

Основные темы информационных занятий по концепции болезни и выздоровления:

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

Семейное образование (основные темы):

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

Философия духовности:

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

Темы:

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

Антистрессовая программа:

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

Занятия по профилактике инфекционных заболеваний:

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

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

Приложение Ж. 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
	Снижениесообразительности 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. Нормативно-правовая база

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

- 1) Всеобщая декларация прав человека, 1948 г.;
- 2) Лиссабонская декларация «О правах пациентов», 1981 г.;
- 3) Декларация «О правах человека и свободе личности практикующих врачей», 1985 г., 1986 г.;
- 4) Декларация «О независимости и профессиональной свободе врача», 1986 г., «Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи» (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 46/119);
- 5) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи».
- 6) Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Наркология» (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 № 27503)

7) Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года»

8) Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ (ред. от 03.02.2015) "О наркотических средствах и психотропных веществах" (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.06.2015)

9) Федеральный Закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 9 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015);

10) Конституция Российской Федерации;