

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

**Недобыльский
Олег Владимирович**

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ ПРОГРАММ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: КЛИНИКО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

14.01.27 – Наркология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Агибалова Татьяна Васильевна

Москва – 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	11
1.1. Амбулаторные программы медицинской реабилитации	11
1.2. Эффективность инъекционного пролонгированного налтрексона.....	25
1.3. Родители, находящиеся под угрозой лишения родительских прав вследствие злоупотребления алкоголем.....	31
Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	35
2.1. Характеристика субъектов исследования.....	35
2.2. Дизайн и методы проведения исследования	44
2.3. Характеристика методов исследования	56
Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	60
3.1. Анализ эффективности амбулаторной программы реабилитации для пациентов с алкогольной зависимостью.....	60
3.2. Отдаленные результаты лечения в амбулаторной программе медицинской реабилитации	67
3.3. Результаты амбулаторной программы медицинской реабилитации в группе родителей с алкогольной зависимостью, в отношении которых органами опеки и попечительства ставился вопрос о лишении родительских прав в связи с невыполнением родительских обязанностей	75
3.4. Результаты амбулаторной программы медицинской реабилитации у пациентов контрольной группы (Группа № 2).....	79
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	86
Выводы	89
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	91
ПРИЛОЖЕНИЯ	117
Приложение А. Исследование «Оценка эффективности амбулаторных программ медико-социальной реабилитации для больных алкогольной зависимостью».....	117
Приложение Б. Исследование «Оценка эффективности амбулаторных программ медико-социальной реабилитации для больных алкогольной зависимостью».....	123
Приложение В. Исследование «Оценка эффективности амбулаторных программ медико-социальной реабилитации для больных алкогольной зависимостью».....	129

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В настоящее время отмечается снижение общего числа зарегистрированных больных наркологическими расстройствами. Так, по сравнению с 2014 годом, этот показатель в 2015 году снизился на 4,3%. В 2016 году по сравнению с 2015 годом отмечено дальнейшее снижение показателя на 9,3%. В 2016 году в РФ зарегистрировано более 2,4 миллионов больных наркологическими расстройствами, из них 78,5% составляют больные алкогольной зависимостью [Киржанова В. В., Григорова Н. И. с соавт., 2016, 2017]. Достижение стойкой, длительной и качественной ремиссии при алкогольной зависимости – одна из наиболее важных задач, которая одновременно служит критерием успешности лечения больных с этой патологией [Иванец Н. Н., Винникова М. А., 2005; 2010; Блохина Е. А., Крупицкий Е. М., 2010; Игонин А. Л., Клименко Т. В. и др., 2014; Клименко Т. В., Козлов А. А., 2016].

Медицинская реабилитация больных с алкогольной зависимостью является одним из приоритетных направлений российской наркологии [Дудко Т. Н., 2006, 2011; Клименко Т. В., Козлов А. А., 2016]. Именно на этапах реабилитации достигается восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологических больных, их личностного и социального статуса. При этом наиболее перспективными являются амбулаторные программы медицинской реабилитации, поскольку амбулаторный режим позволяет осуществлять медицинские реабилитационные мероприятия без отрыва пациента от семьи и работы, что существенно улучшает и ускоряет все процессы восстановления.

Низкая приверженность больных с наркологическими расстройствами к лечению и, как следствие – частые рецидивы алкогольной зависимости наряду со многими другими факторами связаны с периодическими обострениями синдрома патологического влечения к алкоголю (далее – ПВА) [Альтшулер В. Б., 2012; Игонин А. Л., Кекелидзе З. И., Клименко Т. В. и др., 2015; Гофман А. Г., Яшкина И. В., Понизовский П. А., Кожинова Т. А., 2016]. Поэтому использование в комплексной терапии больных алкоголизмом наряду с психотерапией и иными

медицинскими реабилитационными технологиями пролонгированной формы налтрексона (далее – инъекционный налтрексон) для купирования ПВА существенно увеличивает вероятность достижения состояния ремиссии алкогольной болезни и улучшения ее качества [Кошкина Е. А., Альтшулер В. Б., Кравченко С. Л., 2012; Гофман А. Г., 2015; Garbutt J. C., Kranzler H. R., O'Malley S. S., et al., 2005; Gastfriend D. R., Dong Q., Loewy J., et al., 2006]. Большинство исследований по данной теме проводились в стационарных условиях. На текущий момент отсутствуют исследования эффективности амбулаторных программ медицинской реабилитации и их возможности по формированию ремиссий у больных алкогольной зависимостью, в том числе у пациентов, которые неоднократно и с минимальным успехом лечились по поводу алкогольной зависимости, а также у больных алкоголизмом, в отношении которых органами опеки и попечительства ставится вопрос о лишении их родительских прав в связи с невыполнением своих родительских обязанностей вследствие алкогольной зависимости.

Наличие алкогольной зависимости у одного или обоих родителей является серьезным психотравмирующим фактором для их детей. Но в ситуации, когда мать или отец лишаются вследствие этого родительских прав, депривация матери или обоих родителей по силе психотравмирующего воздействия сопоставима с жестоким обращением с детьми, и многими врачами рассматривается как один из его эквивалентов [Сиволап Ю. П., 2015; Coghill D. et al., 2009; Pautassi R. M. et al. 2012; McLaughlin K. A. et al. 2014]. В связи с этим разлучение ребенка с матерью, даже злоупотребляющей алкоголем, повышает риск формирования у него психических нарушений и расстройств, связанных с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ [Сиволап Ю. П., 2015; Coghill D. et al., 2009; Pautassi R. M. et al., 2012; McLaughlin K. A. et al., 2014].

Наряду с традиционными подходами к оценке ремиссии у больных с алкогольной зависимостью в последнее время все чаще появляются работы, указывающие на необходимость оценки ремиссии с точки зрения социальной и семейной адаптации [Бойко Е. О., 2009; Ненастьева А. Ю., 2010; Клименко Т. В.,

Кирпиченко А. А., 2011]. Улучшение этих показателей – сохранение или успешный поиск работы, учеба, отсутствие конфликтов с коллегами, добрые отношения в семье – говорит о качестве достигнутой ремиссии и снижении проявлений последствий зависимости.

Степень разработанности темы исследования. К настоящему времени известно более тысячи методов психотерапии больных алкогольной зависимостью, которые в том числе широко используются в различных программах медицинской и социальной реабилитации [Макаров В. В., 2009; 2015]. Однако мало исследований по терапевтической эффективности комплексных лечебно-реабилитационных программ, в том числе в амбулаторных условиях, которые включают наряду с психотерапией психофармакологические лекарственные средства, в том числе снижающие ПВА. Также практически отсутствуют исследования по эффективности лечения и медицинской реабилитации больных с алкогольной зависимостью, в отношении которых ставится вопрос о лишении их родительских прав. В связи с вышеизложенным сформулирована цель диссертационной работы.

Цель исследования – сравнительное изучение эффективности амбулаторной комплексной программы медицинской реабилитации с использованием инъекционного налтрексона и амбулаторной программы медицинской реабилитации без инъекционного налтрексона для пациентов с алкогольной зависимостью.

Задачи:

1. Провести в шести субъектах РФ за период с 2013 по 2015 годы анализ выборки пациентов с алкогольной зависимостью, зарегистрированных в медицинских наркологических организациях и нуждающихся в проведении амбулаторной медицинской реабилитации.

2. Проанализировать эффективность амбулаторной программы медицинской реабилитации с использованием инъекционного налтрексона у больных алкогольной зависимостью, в том числе родителей, в отношении

которых органами опеки и попечительства ставится вопрос о лишении их родительских прав в связи с невыполнением ими своих родительских функций.

3. Оценить динамику психопатологических расстройств в структуре ПВА у больных алкогольной зависимостью, находящихся в амбулаторной программе медицинской реабилитации с использованием инъекционного налтрексона.

5. Провести сравнительный анализ отдаленных результатов амбулаторной программы медицинской реабилитации с применением и без применения инъекционного налтрексона для больных алкогольной зависимостью.

Научная новизна результатов исследования. Данная работа является первым исследованием по изучению эффективности амбулаторных программ медицинской реабилитации, которое проведено на репрезентативной выборке больных и впервые включает социально значимую категорию пациентов алкогольной зависимостью, в отношении которых ставится вопрос о лишении их родительских прав. В результате исследования показано, что в амбулаторной программе медицинской реабилитации нуждаются пациенты с тяжелым безремиссионным течением алкогольной зависимости, что необходимо учитывать при составлении программ реабилитации. Впервые показано, что сочетание психотерапии и инъекционного налтрексона в комплексной амбулаторной программе медицинской реабилитации эффективно влияет на дезактуализацию ПВА, длительность ремиссии, качество семейного и социального функционирования больных, сохранение родительских прав. Впервые проведен анализ отдаленных результатов участия больных алкогольной зависимостью в амбулаторной программе медицинской реабилитации, который показал высокую эффективность программы и удовлетворенность самих пациентов проведенной реабилитацией.

Практическая значимость. Данное диссертационное исследование позволяет применять программу амбулаторной медицинской реабилитации для различных категорий больных алкогольной зависимостью, в том числе такой сложной в социальном плане категории, как родители, в отношении которых органами опеки и попечительства ставится вопрос о лишении их родительских

прав в связи с алкогольной зависимостью. Результаты исследования необходимо учитывать при организации подобных программ для лечения и медицинской реабилитации тяжелых категорий больных алкогольной зависимостью. Результаты настоящего исследования используются в практической работе врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических (медицинских) психологов на базе ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, в Краснодарском ГБУЗ «Наркологический диспансер», в БУЗ Орловской области «Орловский наркологический диспансер, в ГБУ Ростовской Областной «Наркологический диспансер», в ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной психоневрологический диспансер», в ГБУЗ Свердловской области «Областной наркологический диспансер»; для преподавания в медицинских образовательных учреждениях и в системе последипломного образования врачей и клинических (медицинских) психологов.

Методология и методы исследования. В данном исследовании были использованы современные методы: эпидемиологический, клинико-психопатологический, катamnестический и статистический. Методы математической статистики применялись для определения различий между группами и анализа корреляционных связей между исследуемыми параметрами.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Большинство пациентов, состоящих под динамическим диспансерным наблюдением в наркологических диспансерах в различных субъектах РФ, являются пациентами с тяжелым безремиссионным течением алкогольной зависимости и опытом неэффективного лечения, что необходимо учитывать при составлении программ медицинской реабилитации.

2. Амбулаторная программа медицинской реабилитации, сочетающая психо-терапию и использование инъекционного налтрексона, существенно улучшает результат лечения больных алкогольной зависимостью и увеличивает вероятность достижения стойкой длительной ремиссии и создает основы для социальной реабилитации пациентов.

3. Амбулаторная программа медицинской реабилитации, сочетающая психо-терапию и использование инъекционного налтрексона, может эффективно применяться при лечении и медицинской реабилитации сложной социальной категории больных алкогольной зависимостью, в отношении которых ставится вопрос о лишении их родительских прав.

4. Отдаленные результаты участия больных алкогольной зависимостью в амбулаторной программе медицинской реабилитации, сочетающей психотерапию и использование инъекционного налтрексона, демонстрируют высокую длительность ремиссии и удовлетворенность самих пациентов проведенной реабилитацией.

Степень достоверности результатов исследования. Достоверность результатов диссертационного исследования обеспечена корректной формулировкой цели и задач, тщательным анализом имеющихся научных исследований по данной тематике, достаточным объемом клинического материала (480 пациентов; из них 362 соответствовало критериям включения), а также статистической обработкой полученных результатов с помощью пакета статистических программ (SPSS for Windows, Standard Version 11.5, Copyright SPSS Inc., 2002). Кроме того, ряд полученных данных соотносится с уже имеющимися результатами научных работ по эффективности использования инъекционного пролонгированного налтрексона.

Апробация результатов диссертационного исследования. Основные материалы научного исследования доложены на клинических конференциях НИИ наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России и Международных конгрессах Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги в 2014, 2015 и 2016 годах.

Эффективность амбулаторной программы медицинской реабилитации подтверждается пятью актами внедрения: БУЗ Орловской области «Орловский наркологический диспансер», БУЗ «Ямало-Ненецкий окружной психоневрологический диспансер», БУЗ «Наркологический диспансер» МЗ

Краснодарского края, Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Областной наркологический диспансер», Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Наркологический диспансер».

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 135 страницах, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов, 3 основных глав, заключения, выводов, указателя литературы, 3 приложений. Диссертация включает в себя 36 таблиц, 4 рисунка.

Во введении обоснована актуальность исследования, сформулированы его цель и задачи, показана его научная новизна и практическая значимость.

Глава 1 посвящена анализу научной литературы по проблеме. В первой части приводится описание применяемых амбулаторных программ медицинской реабилитации больных алкогольной зависимостью. Вторая часть обзора посвящена преимуществам использования пролонгированного налтрексона при лечении и реабилитации больных алкогольной зависимостью. В третьей – описана сложная медико-социальная проблема, связанная с категорией больных, страдающих алкогольной зависимостью и находящихся под угрозой лишения родительских прав.

Глава 2 содержит общую характеристику наблюдавшихся пациентов и методов исследования.

В главе 3 описываются (параграф 3.1) результаты нахождения в амбулаторных программах медицинской реабилитации больных алкогольной зависимостью, прошедших шестимесячный курс лечения инъекционным пролонгированным натрексоном в 4 субъектах Российской Федерации: Краснодарском крае, Орловской и Ростовской областях, Ямало-Ненецком автономном округе. В параграфе 3.2 приведены отдаленные результаты вышеуказанных пациентов – участников среднесрочных региональных целевых программ. Наблюдение проводилось в течение 3 лет. В параграфе 3.3 указаны результаты нахождения в региональной целевой программе в Свердловской области особой медико-социальной категории пациентов – родителей,

страдающих алкогольной зависимостью и находящихся под угрозой лишения родительских прав. В параграфе 3.4 приводятся данные по анализу медицинской документации пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, составивших контрольную группу.

В заключении обсуждаются полученные результаты.

По материалам диссертации опубликовано 11 работ, девять из них – в журналах, включенных в перечень российских рецензируемых изданий, утвержденный Высшей аттестационной комиссией Минобрнауки России.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

1.1. Амбулаторные программы медицинской реабилитации

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) – одна из наиболее распространенных форм зависимостей, называемых социальными эпидемиями. По некоторым данным от 8 до 10% населения страдают алкогольной или наркотической зависимостью, а еще не менее 10% находятся в зоне повышенного риска. Нельзя забывать, что эта когорта больных напрямую деструктивно воздействует еще на 40% населения планеты [Катков А. Л., Макаров В. В., 2010].

Особенность социальных эпидемий, а под ними подразумевается вовлечение в химическую зависимость (алкоголизм, наркомания) и в психологическую (тоталитарные секты, криминальные круги и т.п.), масштаб которых оказывает серьезное влияние на общество, состоит в том, что обычные методы оказания медицинской помощи, включая профилактику, используемые при биологических эпидемиях, малоэффективны.

Основные тенденции подходов западной медицины к лечению химических зависимостей сводятся к нескольким важным моментам. Все чаще система специализированной наркологической помощи связана с другими немедицинскими организациями, которые участвуют в процессе профилактики, лечения и реабилитации зависимых (социальные структуры, общества взаимопомощи зависимых, религиозные организации и т.п.). Подходы к лечению больных становятся гибкими, индивидуализированными, основанными на современной фармакологической и психологической помощи с доказательной эффективностью. Большое внимание уделяется координации звеньев медико-социальной помощи в процессе лечения и реабилитации, ориентированные на все потребности индивидуумов, а не только потребление ими ПАВ. Одним из основных постулатов служит соответствие сроков лечебно-реабилитационных мероприятий состоянию зависимого. Поскольку выздоровление зависимых от алкоголя и наркотиков – длительный процесс, который часто сопровождается

срывами и рецидивами заболевания, нередко требуются повторные курсы терапии. Именно поэтому участие зависимого в программах само- и взаимопомощи с участием выздоровевших, как во время лечения и реабилитации, так и после них, помогает сохранить воздержание [NIDA, 2000].

Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации продолжает расти, это приводит к накоплению больных зависимостью от ПАВ в обществе. Это, в свою очередь, ведет к росту общей заболеваемости (в том числе такими социально значимыми болезнями, как ВИЧ-ассоциированные инфекции, вирусные гепатиты, туберкулез и др., смертности, сокращению численности трудоспособного населения, повышению криминальности, экономическим потерям государства). Злоупотребление ПАВ быстро лишает полноценных перспективных членов общества возможности трудиться, создавать семью, растить детей [Валентик Ю. В., Савченко Л. М., 2003; Пятницкая И. Н., 2008; Дудко Т. Н., 2011; Соборникова Е. А., 2012]. Как показывает практика, этому способствует нередкое прекращение медицинской помощи сразу после выведения пациента из острого состояния интоксикации, т.е. основным видом оказания медицинской помощи остается исключительно детоксикационная терапия. Также широко распространена практика воздействия на пациента псевдонаучными и иными социально-психологическими способами, нередко отрицающими необходимость медицинской помощи [Гастфренд Д. Р., Шевцова Ю. Б., 2013].

По мнению Валентика Ю. В. (2001) малая эффективность наркологической помощи связана с тем, что акцент делается на краткосрочные лечебные мероприятия. Долгосрочная психофармакотерапия зависимостей стала возможной после внедрения в лечебный процесс методов реабилитологии, которая представляет медико-психо-социальную систему, направленную на восстановление физического, психического и духовного статуса, способности полноценного функционирования в обществе без употребления ПАВ. Основными составляющими этого «системного и многоаспектного процесса» служат медицинская реабилитация (третичная профилактика), психологическая (личностная), в том числе духовная, социальная реабилитация.

Важность введения в лечебный процесс реабилитационных мероприятий нашла отражение в «Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года». Там указано, что «реабилитация больных наркоманией определяется как совокупность медицинских, психологических, педагогических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционировать в обществе без употребления наркотиков». Теркулов В. А. (2012) упоминает о том, что в России оказание такой помощи (эффективное лечение и реабилитация) проблематично из-за нехватки и врачей, и немедицинских специалистов.

В НИИ наркологии Минздравсоцразвития РФ создано новое научное направление – реабилитология в наркологии, как система научных знаний о медико-социальном восстановлении наркологических больных, основанная на современном понимании патогенетических и клинических особенностей аддиктивных заболеваний, оптимальных возможностях терапии, реадaptации и ресоциализации. Философия реабилитологии базируется на парадигме единства биологической, социальной и духовной сущности человека, изменяющегося в результате заболевания и способного к восстановлению.

Дудко Т. Н. (2011) считает медико-социальную реабилитацию, которая обеспечивает высокую эффективность лечения, в том числе продолжительные и стойкие ремиссии, одним из приоритетных направлений наркологической службы. Автор вводит в медицинский лексикон понятие *лечебно-реабилитационного процесса* (ЛРП), эффективность которого зависит от конструктивной взаимосвязи медико-биологических и психосоциальных методов работы с больными, что обеспечивает единство лечебных и реабилитационных мероприятий как в условиях стационаров, так и в амбулатории.

В Методических рекомендациях по медико-социальной реабилитации в наркологии, разработанных Брюном Е. А. и соавт. (2013), определяют реабилитацию в наркологии как систему медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых и трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и

реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ (медико-социальная реабилитация) [Брюн Е. А., Кошкина Е. А., Агибалова Т. В. и др., 2013]. Здесь же приводятся основные задачи медико-социальной реабилитации в наркологии:

- 1) формирование у больного осознанной и стабильной мотивации (установки) на отказ от ПАВ и включение в реабилитационную программу;
- 2) осуществление лечебных мероприятий, направленных на купирование синдрома патологического влечения и на предупреждение рецидива;
- 3) редуцирование поведенческих, аффективных, интеллектуально-мнестических расстройств, связанных с употреблением ПАВ;
- 4) санация соматического статуса больного;
- 5) коррекция структуры личности больного и обеспечение возможности позитивного личностного развития;
- 6) повышение уровня социального функционирования больного (с подключением ресурсов семьи, общества);
- 7) достижение реальной занятости больного: учеба, работа.

Как видно, одной из первых задач медико-социальной реабилитации служит выбор программы реабилитации, от правильности которого зависит исход всего лечебного процесса. В настоящий момент имеется довольно большой выбор реабилитационных программ, значительная часть из которых представляет собой лишь модификации основных (например, вариантов 12-шаговой программы насчитывается более 100). Тем не менее, выделяют:

- 1) в отношении абстиненции – реабилитационные программы с полной абстиненцией и без;
- 2) в отношении профессиональной принадлежности персонала – профессиональные, непрофессиональные и смешанные;
- 3) в отношении технологического содержания – высоко-, средне- и низкоструктурированные;
- 4) в отношении формата вовлечения пациента – стационарные, амбулаторные, со свободным режимом посещения;

5) в отношении объема требований к участнику – высокопороговые и низкопороговые;

б) в отношении дифференцировки сфер программы – в системе здравоохранения, в социальной сфере, в профессиональной сфере и смешанные.

Также среди проводимых в системе здравоохранения выделяют программы с полным курсом лечебно-реабилитационных мероприятий (включая детоксикацию) и с неполным (пациент получает фрагмент программы).

Реабилитационные программы в наркологии не могут обходиться без следующих компонентов:

- 1) психотерапия;
- 2) использование современных лекарственных препаратов для предотвращения употребления алкоголя или наркотиков;
- 3) абилитационно-реабилитационные мероприятия;
- 4) формирование лечебной субкультуры.

Эффективность фармакотерапии в наркологии напрямую зависит от психотерапевтической поддержки ЛРП. Это особенно важно на этапе формирования ремиссии алкоголизма, наркомании. Что касается абилитационных мероприятий, их необходимость вызвана тем, что начало употребления ПАВ может относиться к периоду, когда необходимые, присущие человеку как биосоциальной единице функции, только формируются.

Таким образом, при построении реабилитационных программ должны учитываться и абилитационный, и реабилитационный аспекты работы с наркологическим больным.

Реабилитационная работа с наркологическими больными может быть успешной при соблюдении принципиальных положений или требований. После определения у пациента уровня реабилитационного потенциала, сам больной должен:

- 1) принимать участие в реабилитационном процессе добровольно;
- 2) отказаться от употребления ПАВ;

3) признать личную ответственность за успешную реализацию реабилитационного процесса;

4) быть готовым опереться на имеющиеся у него ресурсы, ценности, достигая задач излечения;

5) установить доверительность и партнерство во взаимоотношениях со специалистами;

б) быть готовым к развитию и совершенствованию.

Поскольку реабилитация служит патогенетическим лечением наркологических больных (происходит коррекция первопричин зависимости), правильный выбор и адекватное использование программы медико-социальной реабилитации может повысить эффективность работы с больными до 70% [Соборникова Е. А., 2012].

К сожалению, в России, как уже было сказано, вплоть до настоящего времени система медико-социальной и психолого-психотерапевтической работы с наркологическими больными была недостаточно разработана и внедрена [Валентик Ю. В., 2001; Катков А., 2002; Игонин А. Л., 2007; Дудко Т. Н., 2011]. Реально осуществляемых программ реабилитационной помощи в государственном секторе здравоохранения и структур, которые могут обеспечить полноценную эффективную реабилитацию, катастрофически не хватает [Валентик Ю. В., 2003; Кулагин А. В., 2006; Пятницкая И. Н., 2008; Голикова Т. А., 2010].

Среди проблемных мест отечественной наркологии по-прежнему остаются мотивирование, вовлечение пациентов в лечебно-реабилитационные программы; непривлекательность программ помощи для самих зависимых; преобладание краткосрочных высоко-пороговых программ, не обеспечивающих достижение конечных целей реабилитационного процесса и имеющих высокий процент рецидивов [Иванец И. Н., 2002; Валентик Ю. В., 2003; Дудко Т. Н., 2000, 2011, 2012; Михайлов С. В., 2006; Голошапов И. В., 2010; Кузнецов А. Г., 2010].

Многие отечественные исследователи отмечают низкую заинтересованность страдающего зависимостью от ПАВ в эффективном лечении.

Отчасти это может быть связано с тем, что наркологические больные неохотно идут лечиться и проходить реабилитационные циклы в государственных наркологических учреждениях из-за системы учета наркологических больных, а, следовательно, возможном поражении их в правах. Другой причиной неэффективности лечебного процесса может послужить недофинансирование программ медико-социальной реабилитации и ресоциализации наркологических больных в условиях государственных наркологических учреждений (стационаров и амбулаторий). Все финансирование, как уже отмечалось выше, уходит на неотложную наркологию и лечение [Дудко Т. Н., 2012].

Т. Н. Дудко (2001) сформулировал концепцию реабилитационного потенциала (РП) наркологических больных, описал его основные диагностические критерии, личностные и социально детерминированные варианты его уровней (УРП): высокий, средний и низкий. Распределение зависимых по УРП позволяет не только дифференцировать их по степени тяжести и медико-социальным последствиям заболевания, но и обосновать направление их в то или иное реабилитационное учреждение, оптимально использовать возможности реабилитационной среды, рекомендовать объем медицинских, психотерапевтических, трудовых и других социально-восстановительных мероприятий [Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Котельникова Л. А., 2001]. Другими словами, определение УРП позволяет выбрать необходимый уровень оказания помощи (стационарный, амбулаторный), также, возможно, поможет выбрать и саму реабилитационную программу.

В соответствии с условиями проведения реабилитации выделяют следующие виды реабилитационных программ:

1) стационарная. Место проведения – отделения реабилитации. Показана пациентам с низким УРП, которые нуждаются в круглосуточном наблюдении медицинскими работниками;

2) дневной стационар. Место проведения – отделения реабилитации. Показана пациентам с низким и средним УРП, которые согласно оценкам

специалистов способны проходить лечебные и реабилитационные мероприятия только в дневное время;

3) амбулаторная. Место проведения – реабилитационные отделения наркологического диспансера, клиники. Больной на время участия в психотерапевтической группе для посещения психолога-консультанта, социального работника и т.д. располагается в таком отделении;

4) реабилитационные центры. Место проведения – специализированные реабилитационные центры, в которых пациенты обеспечиваются проживанием и комплексными лечебными (при наличии соответствующей лицензии) и реабилитационными мероприятиями. Кроме того, в них оказываются разнообразные реабилитационные социальные услуги.

В России наиболее используемыми моделями реабилитации служат:

1) модифицированная Миннесотская модель групповой стационарной и амбулаторной 12-шаговой программы «Анонимные алкоголики» (АА) и «Анонимные наркоманы» (АН). Как правило, берутся первые три и последние шаги этой модели. Миннесотская модель рассматривается как одна из хорошо проработанных психотерапевтических систем, благодаря которой больные добиваются эмоциональной, психической и духовной зрелости, в результате чего обеспечивается комфортная трезвая жизнь [Kennard D., 1993]. Хорошие результаты отмечены при использовании ее у больных алкоголизмом: от 37 до 75% годовых ремиссий [Орлов А. М., Казаченко Е. О., 2001; Батищев В. В., 2002; Cook С. Н., 1988]. Несмотря на то, что Миннесотская модель внедрена в большинство реабилитационных центров России, пока еще недостаточно статистических данных, свидетельствующих об эффективности данной модифицированной модели для лечения и реабилитации лиц с различными зависимостями, в том числе в долгосрочной перспективе [Вешнева С. А., Овдиенко В. Б., Бисалиев Р. В., 2009];

2) примыкающая к ней программа для оказания помощи семьям алкоголиков и наркоманов и их детям;

3) модифицированная модель терапевтического сообщества (ТС). Основной задачей таких сообществ служит формирование особой терапевтической (реабилитационной) среды (пространства), в которой пациенты с психическими и социальными проблемами ведут общую организованную и структурированную деятельность, готовясь к самостоятельной жизни. Основой для любого ТС служит само- и взаимопомощь. В России это направление используется в эклектических, усеченных вариантах, несмотря на то, что по оценкам отечественных специалистов, эффективность ТС, особенно в отношении алкоголиков, достигает 75% годовых ремиссий [Гузиков Б. М., Зобнев В. М., Ревзин В. Л., 2000]. ТС в зависимости от специализации персонала могут быть профессиональными, полупрофессиональными, религиозными и непрофессиональными. Наиболее известные из них: Monar, Narconon, Sinanon, Daytop, Almero.

Существуют и другие модели, которые часто несут в себе элементы перечисленных основных. В последнее время в России, а за рубежом такие направления существуют давно, все больше появляется конфессиональных реабилитационных центров. В их принадлежности к церкви кроется основной положительный и отрицательный момент. Эффективное воздействие на пациента требует «воцерковления». Другими словами, в этих центрах могут помочь только верующему пациенту, в то время как большинство зависимых от ПАВ не относится к их числу [Дудко Т. Н., Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., 2004]. В нашей стране большинство конфессиональных реабилитационных центров относится к православным и протестантским. Катамнестическое обследование больных зависимостями, прошедших реабилитацию в Свято-Иоанно-Богословском мужском монастыре в течение трех–шести месяцев, выявило стойкие ремиссии продолжительностью более одного года у 70% больных с высоким и средним УРП [Дудко Т. Н., Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., 2004].

Тема оказания лечебно-реабилитационной помощи в условиях амбулатории привлекает всеобщее внимание в связи с тем, что такие программы имеют высокую доступность, существенно дешевле стационарных, позволяют пациенту оставаться в благоприятной привычной для него среде (семья, работа), что

повышает мотивацию на выздоровление. Такой подход нашел отражение в «Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 г.» (2010): как приоритетные, определены следующие задачи развития наркологии: внедрение малозатратных технологий и стационарзамещающих форм оказания реабилитационной помощи населению, в том числе – амбулаторных форм реабилитации). Развитие амбулаторной реабилитации, более предпочтительной для ряда больных (особенно для социально-сохранных пациентов), как правило, менее затратное и экономически более выгодное.

В США Американской Ассоциацией по изучению болезней зависимости (ASAM) разработаны критерии определенных условий, в которых предпочтительно оказывать лечебно-реабилитационную помощь (Patient Placement Criteria) [Gastfriend D. R., MacLellan A. T., 1997]. Согласно им, амбулаторный уровень оказания помощи соответствует следующим критериям состояния пациента: нет риска острой интоксикации или развития синдрома отмены; нет риска развития соматических осложнений; нет риска нарушения состояния эмоциональной, поведенческой и когнитивной сфер; высокий уровень мотивации; нет риска рецидива (самостоятельно воздерживается от приема ПАВ); наличие поддержки семьи и/или окружения [Гастфренд Д. Р., Шевцова Ю. Б., 2013]. Осуществление реабилитационных программ в амбулаторных условиях позволяет больным продолжить работу или учебу, жить дома под присмотром семьи. Вместе с тем перед больным ставится целый ряд требований, включающих тщательно расписанную и контролируемую программу деятельности, позволяющую поддерживать высокую мотивацию на выздоровление. Фактически больной привлекается к сотрудничеству, разделяя ответственность за исход заболевания с терапевтом.

В Методических рекомендациях [Дудко Т. Н. и соавт., 2004] изложены принципы оказания лечебно-реабилитационной помощи больным наркоманиями в условиях лаборатории. В частности, основными показаниями к направлению зависимого на амбулаторную реабилитацию служат: завершение предреабилитационного периода и согласие войти в программу реабилитации.

Важным считается формирование реабилитационной среды, в том числе и в семье, поэтому в рамках программы приветствуется участие членов семьи.

На первом, предреабилитационном этапе осуществляется предварительное консультирование самого пациента, членов его семьи, как врачом-специалистом, так и социальным работником. Уже на этом этапе происходит вовлечение больного в лечебно-реабилитационный процесс, оценивается его УРП.

Собственно, реабилитационный период включает последовательно три этапа: адаптационный, интеграционный и стабилизационный. Сначала формируется и усиливается мотивация пациента нахождение в длительной лечебно-реабилитационной программе, восстанавливаются его коммуникативные и поведенческие навыки в условиях сохранной социальной среды (без ПАВ). На втором – больному предлагаются способы решения его проблем, связанных с приемом ПАВ. В лечение включаются различные психотерапевтические и иные методики (программа «12-шагов», элементы ТС, гештальт-терапия и др.). Второй этап завершается оценкой психического и физического состояния, которая позволяет принять решение о переводе пациента на стабилизационный этап. Теперь пациент заново учится навыкам и умениям жить и функционировать в нормальном обществе, не срываясь на употребление алкоголя и наркотиков. Основную роль на этом длительном промежутке играет социальный работник. Если весь процесс амбулаторной реабилитации занимает год, то на последний этап отводится 8–10 месяцев.

Целью постреабилитационного периода служит скорейшая социальная интеграция при стабильном физическом и психическом благополучии и полном воздержании от употребления ПАВ. Помогает пациенту консультант-психолог.

По данным авторов Программы стойкие ремиссии более одного года отмечены у 54,2% больных с высоким УРП, 17,4% – со средним и 10,2% – с низким.

Амбулаторная реабилитация (АР) зависимых от ПАВ в настоящее время широко распространена. При выборе той или иной Программы обращают внимание на следующие ключевые моменты:

- 1) определение степени тяжести зависимости и потребностей лечения;
- 2) проработка основных блоков содержания соответствующих программ (лечебной, реабилитационной, ресоциализационной);
- 3) реализация основных компонентов реабилитации. При этом особое внимание уделяется четкой организации работы мультидисциплинарной команде специалистов.

Однозначными преимуществами амбулаторной реабилитации являются:

- 1) более низкий порог доступа в сравнении со стационарной;
- 2) отсутствие изоляции от общества и привычного окружения;
- 3) меньшие затраты на реализацию АР в сравнении со стационарной (Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков: Российско-голландский проект, 2002), [Тепляков Б. М., Теплякова Н. В., Матюсович В. В., Бабушкина Е. И., 2009].

По мнению Логачевой С. В. (2006), амбулаторная помощь должна интегрировать наиболее эффективные формы, адекватные для особенностей клинического состояния пациентов, специфики данного этапа и динамики отслеживаемых индикаторов. С учетом всего сказанного многие исследователи отмечают необходимость адекватной предварительной оценки уровней реабилитационного потенциала пациентов, направляемых на прохождение АР, последующего мониторинга УРП, свидетельствующих об эффективности используемых лечебно-реабилитационных технологий [Кривулин Е. Н., Голодный С. В., Охтиркин Е. В., Пермина С. В., 2008; Белокрылов И. В., Дудко Т. Н., Еричев А. Н., 2009]. М. В. Бурдина (2006) считает, что программы АР эффективны в отношении пациентов, соответствующих следующим критериям:

- 1) донозологические формы и ранние стадии формирования зависимости от ПАВ;
- 2) нерезко выраженные интеллектуально-мнестические и эмоционально-волевые нарушения;
- 3) отсутствие грубой дезадаптации;

4) эффективность «объяснительной» системы и других видов психологической защиты (в отношении того, почему пациент не должен употреблять алкоголь, наркотики);

5) нежелание пациентов участвовать в длительных формах лечения в условиях социальной изоляции [Бурдина М. В., 2006].

Считается, что средняя продолжительность программ АР должна составлять от 30 до 120 дней, в течение которых должны быть реализованы главные содержательные блоки: адаптация, интеграция и стабилизация. При этом интенсивность занятий по программам в первые 1,5–2 месяца максимальна, а затем кратность таких занятий падает.

Хочу остановиться на некоторых амбулаторных лечебно-реабилитационных программах, проводимых в различных медицинских учреждениях в России.

Соборникова Е. А. (2012) представила Программу по амбулаторной реабилитации пациентов наркологического профиля на базе наркологического диспансера ОГУЗ «Тамбовская психиатрическая больница». Программа проходила последовательные этапы реализации (по Т. Н. Дудко). В качестве реабилитационной модели было использовано Терапевтическое сообщество. Для исследования были отобраны 254 пациента, из которых 203 удержалось в Программе более месяца. Впоследствии у 83 пациентов удалось провести катamnестическое исследование: 58 мужчин и 25 женщин, средний возраст $18,98 \pm 0,468$ лет. Из них 21 пациент страдал алкогольной зависимостью. Критериями эффективности Программы были сравнение длительности ремиссии в основной и контрольной группах, динамика и качество ремиссии. Удалось достичь продолжительной ремиссии более года у 72,3%, три года и более у 48% пациентов. Продолжительность ремиссии была в прямой зависимости от длительности участия в реабилитационной программе, причем пребывание в Программе 10–12 мес. обеспечивало наибольшую продолжительность ремиссии. Качество достигнутых ремиссий подтверждалось улучшением показателей наличия учебы/работы, семьи и уменьшением проблем с законом после прохождения курса реабилитации.

С 2002 г. на базе Ульяновской областной клинической наркологической больницы реализуется длительная программа медико-психо-социальной реабилитации наркологических больных в амбулаторных условиях. Программа, основой которой служит интегративная психотерапия (личностно-ориентированная терапия), опирается на модель «Колесо изменений» Дж. Прохазки и К. Д. Клименте. В Программе принимали участие 134 пациента, большинство из них входили в нее после стационарного лечения зависимости. Практически половину участников составляли больные алкоголизмом (47,8%). Ремиссия у пациентов более года составила 34,4%. Выявлено, что чаще в Программу вступали зависимые от алкоголя, однако мотивированными были пациенты, страдающие наркоманией [Песков Б. В., Кузьмина А. Г., Махмутова Н. Н., Мыльникова О. М., 2011].

Программа медико-социальной реабилитации для больных алкоголизмом и наркоманией, созданная на базе Приморского краевого наркологического диспансера (2012), по уровню оказания лечебно-реабилитационной помощи включает стационарный (до 8 недель) и амбулаторный (1–2 месяца) этапы. В качестве прототипов были использованы элементы Миннесотской модели, формирования ТС, а также опыт реабилитационных центров в Польше и Италии. С июня 2012 по октябрь 2013 года в Программе приняли участие 258 человек, из них 158 с зависимостью от алкоголя. 78 пациентов закончили стационарный этап реабилитации, из них 43 находятся в состоянии полного воздержания. Процесс амбулаторного этапа реабилитации продолжается.

Большинство исследователей считает, что лечебно-реабилитационные программы должны включать научно-обоснованные технологии воздействия на болезнь и больного. Гарантируемый результат лечебно-реабилитационной помощи достигается поэтапным сочетанным применением психофармакотерапии, в том числе специфических противоаддиктивных средств, психотерапии и социотерапии, мишенями которых становятся основные звенья патогенеза зависимости и сопутствующие психосоматические расстройства.

Практически на каждом этапе оказания лечебно-реабилитационной помощи пациент сталкивается с резким усилением патологического влечения к ПАВ, которое побороть сложно даже в условиях стационара. Именно обострение патологического влечения может лежать в основе низкой приверженности больного к проводимому лечению, к срывам и рецидивам заболевания. В последнее время повышен интерес к препаратам, способным блокировать или существенно снизить посредством химического взаимодействия со специфическими рецепторами появление патологического влечения. Естественно, таким препаратам найдется место в схемах различных лечебно-реабилитационных программ, особенно амбулаторных. На сегодняшний день отсутствуют научные работы, посвященные изучению эффективности амбулаторных программ реабилитации, включающих использование блокаторов опиоидных рецепторов как средств, снижающих патологическое влечение к ПАВ.

1.2. Эффективность инъекционного пролонгированного налтрексона

Как уже отмечалось, достижение стойкой и качественной ремиссии – одна из приоритетных задач лечения алкоголизма; ее достижение в процессе программы медико-социальной реабилитации – залог успеха всего процесса лечения и реабилитации [Блохина Е. А., Крупицкий Е. М., Брюн Е. А., 2010]. Принципиальная невозможность достижения длительной ремиссии в большинстве случаев служит одним из проявлений низкой эффективности лечения алкоголизма. Показано, что не менее 75% больных алкоголизмом возобновляют употребление спиртных напитков в течение первого года лечения [Brust J. C. M., 2004]. Низкая приверженность лечению и, как следствие, частые срывы и рецидивы связаны, в том числе с периодическими обострениями синдрома патологического влечения.

Одним из современных направлений в медикаментозном лечении алкогольной зависимости служит применение антагонистов опиоидных рецепторов в головном мозге, снижающих выраженность субъективных и

поведенческих эффектов алкоголя, что приводит к снижению потребляемого спиртного и снижению частоты и длительности запоев. Блокатор опиоидных рецепторов, налтрексон, одобрен к применению для лечения алкогольной зависимости в США в 1994 году. Однако долгое время его клиническое применение было ограниченным. Это было связано с непредсказуемостью препарата при пероральном использовании. Пациенты часто не соблюдали режим приема препарата, который необходимо принимать ежедневно. Следует отметить, что для больных алкогольной зависимостью подобные сложности особенно характерны, что связано с нарушением у них когнитивных функций, недостаточной мотивацией к лечению, анозогнозией, определенного рода негативизмом к проводимому лечению и пр. [Дудко Т. Н., Сафина Н. Ф., Адамова Т. В., Абрашитов Ш. Х., 2010]. Другими словами, при нарушении режима приема препарата результаты терапии налтрексоном не отличались от группы больных, получавших плацебо [Volpicelli J. G., Ghines K. C., Ghines J. S. Et al., 1997; Volpicelli J. G., Fenton M., 2006]. Значительный прорыв в повышении эффективности налтрексона принесло использование его пролонгированной инъекционной формы, которая поддерживает стабильную концентрацию в крови на протяжении 4 недель. Более того, инъекционная форма позволяет избежать эффекта «первого прохождения» через печень при метаболизме налтрексона и улучшить его биодоступность. Налтрексон содержится в микросферах, что позволяет ему высвобождаться медленно и стабильно в течение месяца. Такое плавное поддержание необходимой концентрации в крови дает возможность снизить частоту развития побочных эффектов, вызванных пиковыми концентрациями налтрексона в случае его перорального приема [Dean G. L., 2005].

В 2006 году пролонгированный инъекционный налтрексон под названием Вивитрол был одобрен для клинического применения и утвержден FDA для лечения алкогольной зависимости (Интернет ресурс: [www.bio-medicine.org/medicine news/Alcoholism-Drug-Vivitrol-Approved-By-FDA-9455-1](http://www.bio-medicine.org/medicine-news/Alcoholism-Drug-Vivitrol-Approved-By-FDA-9455-1)).

Первое базовое исследование Вивитрола было проведено в 2002–2003 гг. в США [Garbut J. C., Kranzler H. R., O'Malley S. S., et al., 2005]. Данное исследование было двойным слепым плацебо-контролируемым на материале 627 пациентов. В исследование включались пациенты обоего пола, старше 18 лет. Все участники были рандомизированы в одну из трех групп: получавших Вивитрол в дозе 380 мг (4 мл), в дозе 190 мг (2 мл) и плацебо (получавших микросферы по 4 и 2 мл). В течение 24 недель пациенты получали внутримышечные инъекции препарата с 4-недельными интервалами. Все пациенты получали 12 сеансов психосоциальной поддержки, направленной на объяснение последствий злоупотребления алкоголем. Основным оценивающимся показателем эффективности была частота эпизодов употребления алкоголя в больших количествах в течение 24 недель лечения (более 5 стандартных доз для мужчин и 4 для женщин в сутки). В общей сложности 401 пациент (64%) получил 6 инъекций и 463 (74%) – не менее 4.

По сравнению с плацебо пациенты, получавшие Вивитрол 380 мг, отмечали на 25% более выраженное снижение количества эпизодов злоупотребления алкоголем (на 17% в группе получавших 190 мг Вивитрола).

Было обнаружено, что наибольший эффект Вивитрол производил при условии воздержания от приема алкоголя в течение как минимум 7 дней до начала лечения. Авторы отметили важное клиническое преимущество пролонгированного инъекционного налтрексона: препарат может успешно применяться в комбинации с другими видами лечения, включая различные лекарственные средства и/или психотерапию. При дальнейшем исследовании было выявлено снижение количества рецидивов и запоев у пациентов, которые получали Вивитрол и психосоциальную поддержку.

При изучении эффективности препарата в группе пациентов (выборка составляла 82 пациента), которые добровольно воздерживались от приема алкоголя в течение 4 и более дней до начала лечения, получены следующие результаты. Практически в 4 раза больше была средняя продолжительность времени до любого употребления алкоголя в группе принимавших Вивитрол и

получавших психотерапевтическую поддержку по сравнению с пациентами, получавшими плацебо и психотерапевтическую поддержку. Также степень полного воздержания в конце исследования (24 недели) составляла 32% в группе Вивитрола 380 мг по сравнению с 11% группы плацебо. Более чем в 10 раз уменьшилось количество дней употребления алкоголя в месяц, в 9 раз увеличилось время до развития рецидива (более 180 дней против 20) [Иванец Н. Н., Винникова М. А., 2008; O Malley S. S., Garbut J. C., Gastfriend D. R., et al., 2007].

В Российской Федерации Вивитрол для лечения алкоголизма используется с 2008 года. Первым сообщением на тему применения налтрексона – депо (Вивитрола) при алкоголизме было исследование Ю. П. Сиволапа и соавт. (2009). Материалом исследования послужили 16 больных алкоголизмом в возрасте 32–55 лет. В 14 случаях заболевание характеризовалось неблагоприятным течением с отсутствием в последние 2 года значимых перерывов в употреблении алкоголя. 9 пациентов из этих 14 уже проходили многократное лечение без достижения значимых результатов. Восемью пациентам Вивитрол вводился однократно, пяти – двукратно и трем – троекратно. В процессе лечения 4 покинули программу, 9 пациентов полностью прекратили употребление алкоголя, у троих удалось значительно уменьшить употребление.

Блохина Е. А. и соавт. (2010) опубликовали данные исследования, которое проводилось методом индивидуальных интервью девятиста шести врачей-наркологов в пяти регионах России. Каждый специалист должен был ответить на 22 вопроса, касающихся конкретного пациента, пролеченного с помощью инъекционной формы налтрексона Вивитрол. Пациентам, преимущественно мужчинам со средним возрастом около 40 лет с диагностированным алкоголизмом в основном II ст. (93 пациента), с различным алкогольным анамнезом был введен Вивитрол от одного до семи раз. При этом 31% получили 1 инъекцию, 31% – две и 38% пациентов – три и более. Для оценки эффективности терапии был выбран критерий периода полной трезвости. После 1-й инъекции Вивитрола период полной трезвости составил $34,8 \pm 12,7$ дня, что было

существенно меньше, чем продолжительность периода трезвости после второй, третьей инъекции $58,6 \pm 32,16$ и $59,8 \pm 36,49$ дня соответственно). 15% пациентов не смогли достичь полной трезвости, однако у них серьезно снизилось количество потребляемого алкоголя. Полностью прекратили запои 79% пациентов, у остальных длительность запоев до $3,4 \pm 1,6$ дня.

В том же 2010 году профессор Дудко Т. Н. и соавт. доложили о результатах применения Вивитрола у пациентов, страдающих алкоголизмом, на фоне стандартной психотерапевтической и социальной поддержки. Целью исследования было оценить эффективность Вивитрола у пациентов-алкоголиков с различной степенью тяжести заболевания и уровнями реабилитационного потенциала (УРП). Все пациенты (33 участника) были разбиты на три группы по 11 (основная и две контрольных) человек, приблизительно схожих по гендерному признаку, УРП и социальным критериям. Основная группа получала инъекции Вивитрола и была вовлечена в психотерапевтическую программу «Время перемен» [Еричев А. Н., Дудко Т. Н., Белокрылов И. В., 2010]. Первая контрольная группа не получала Вивитрол, но находилась в психотерапевтической программе, аналогичной для больных основной группы. Больные второй контрольной группы не получали Вивитрол и не вовлекались в психотерапевтическую программу. Программа «Время перемен» включала когнитивно-поведенческую психотерапию и психокоррекцию родственников больных. Программа рассчитана на 16 встреч с больными в течение года (не реже 1 раза в месяц). Курсовое лечение Вивитролом составляло 12 месяцев. Авторы пришли к выводу, что использование Вивитрола в комплексной лечебно-реабилитационной программе способствовало пролонгированию ремиссий у больных основной группы как со средним, так и с низким УРП практически в 2 раза чаще по сравнению с больными контрольной группы № 1 и в 2–2,5 раза по сравнению контрольной группой № 2. Кроме того, у больных в основной группе быстрее улучшалось качество жизни, включая общее самочувствие, улучшение отношений в семье и по месту работы, появление интереса ко многим аспектам жизни и получение удовольствия вне приема алкоголя. Все больные,

употреблявшие Вивитрол, отмечали снижение вторичного влечения к алкоголю и, как следствие, уменьшение количества выпиваемых алкогольных напитков. Все больные основной группы в случае срывов или рецидива возвращались в программу [Дудко Т. Н., Сафина Н. Ф., Адамова Т. В., Абрашитов Ш. Х., 2010].

Интересна работа, проведенная М. Ю. Городновой и соавт. (2015), в которой авторы рассуждают о точках сближения реабилитационной 12-шаговой программы и медикаментозного лечения опиоидной зависимости антагонистами опиоидных рецепторов. С одной стороны, участие в 12-шаговой программе до настоящего времени декларирует бесперспективность обращения к другим способам («только здесь мне могут помочь»), что свидетельствует о разочаровании в официальной медицине.

С другой стороны, современная фармакотерапия инъекционным пролонгированным налтрексоном (Вивитролом) способна помочь удержать пациента в реабилитационной программе, что значительно повысит эффект лечения и реабилитации пациента.

Как пишут авторы, на сегодняшний момент имеется выраженное предубеждение у адептов философии 12-шаговой программы к использованию в модели реабилитации Вивитрола. Одним из основных аргументов было предположение, что блокатор опиоидных рецепторов, изменяя сознание, препятствует достижению состояния «истинной трезвости». Второе значимое опасение в отношении приема препарата – убеждение, что использование дополнительных средств служит проявлением недоверия к 12-шаговой программе. Трудности в понимании создает также резко отрицательное отношение волонтеров программы к пациентам, не желающим полного отказа от потребления ПАВ. Авторы, приводя отдельные клинические случаи сочетания использования Вивитрола и элементов 12-шаговой программы, а также работая с аргументацией адептов 12-шаговой модели реабилитации, настаивают на перспективности совместного использования медикаментозного и философского компонентов лечения и реабилитации зависимых от ПАВ.

Еще одним примером сочетания использования фармакотерапии пролонгированной инъекционной формой налтрексона и психотерапии при алкоголизме служит комплексная программа «Точка Трезвости» [Дудко Т. Н., Белокрылов И. В., Еричев А. Н., 2012]. Данная программа предпочтительна для больных алкоголизмом I-II ст., социально сохранных, у которых есть работа и поддержка членов семьи. Обязательными критериями для вхождения в Программу служат серьезная мотивация на длительное и активное лечение, а также воздержание от приема алкоголя не менее чем 7 дней до начала. Применение в Программе пролонгированной инъекционной формы налтрексона позволяет снизить уровень патологического влечения к ПАВ. Программа предполагает не менее 6 инъекций препарата Вивитрол 380 мг (ежемесячно). Особенностью Программы «ТТ» служит взвешенное отношение к употреблению алкоголя в процессе лечения. Такие эпизоды рассматриваются как возможность к более глубокому осмыслению пациентом тяжести и коварности заболевания и, таким образом, служат для повышения мотивации на дальнейшее лечение. Программа предполагает тесное сотрудничество как с самим пациентом, так и с родственниками. После окончания активной части Программы пациента ожидает поддерживающая психотерапия. По данным Т. Н. Дудко (2010) такой комплексный подход позволяет добиться устойчивой ремиссии продолжительностью не менее года у 55% пациентов. У них значительно снижается вторичное влечение к алкоголю, происходят положительные изменения в социальном статусе (работа, учеба, семья), что говорит о качестве достигнутых изменений [Власовских Р. В., Гаспер И. Б. Давлетов Л. А., Копоров С. Г., Агибалова Т. В., Вальчук Д. С., 2013].

Поскольку лечебно-реабилитационная программа Точка Трезвости была выбрана в качестве основы для проведения психофармакотерапии в данном исследовании, особенности ее применения подробно изложены в главе «Материалы и Методы».

1.3. Родители, находящиеся под угрозой лишения родительских прав вследствие злоупотребления алкоголем

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения решение вопросов, связанных со злоупотреблением алкоголем, уже давно выходит за рамки проблем отдельных лиц. Они затрагивают здоровье, благополучие и безопасность всего мирового населения; их значения определены медицинскими, социальными, экономическими, моральными и духовными потерями для общества [Кошкина Е. А., Павловская Н. И., Ягудина Р. И. и др., 2009; Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Гуртовенко В. М., 2011; Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Григорова Н. И., Муганцева Л. А., Гусева О. И. 2013]. Помимо медицинских аспектов зависимости (смертность, продолжительность жизни, соматическая патология) существует большая группа социальных проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем родителями несовершеннолетних детей. Все эти проблемы объединены термином «социальное сиротство» и связаны с невозможностью родителями выполнять функции по воспитанию детей. В далеко зашедших случаях это приводит к распаду семей, лишению одного или обоих родителей родительских прав, изъятию ребенка (детей) из семьи и помещению его в детские дома и приюты.

Социальное сиротство является серьезной медико-социальной проблемой для нашей страны. По данным Минздравсоцразвития РФ, по состоянию на 01.01.2012 в России функционировал 251 дом, в которых воспитывалось более 19 тысяч детей. Среди поступавших в дома ребенка основную долю (76,2%) составляли дети-сироты, оставшиеся без попечения родителей. По данным В. Ю. Альбицкого, Т. А., Баранова, А. И. Гасиловской и др. (2007) в анамнезе детей, которые находились в детских домах, было несколько факторов социального риска. Более половины семей были неполными (52,1%), у каждого седьмого ребенка родители были в разводе. Среди факторов социального риска преобладал алкоголизм родителей (69,9%), в том числе у 26,8% детей алкоголизмом страдали оба родителя. Большинство родителей не работало. Похожие данные приводят и другие исследователи социального сиротства [Копейкина О. В., 2003; Зелинская Д. И., 2009]. Так по данным Копейкиной О. В. (2003) у 34% детей в домах ребенка

в Ставропольском крае родители страдали алкоголизмом, еще у 14% – наркоманией.

Наиболее существенным признаком последних лет стало значительное увеличение размеров социального сиротства, появление его новых характеристик. Обнаружилось качественно новое явление – так называемое «скрытое» социальное сиротство, которое распространяется под влиянием ухудшения условий жизни значительной части семей, падением нравственных устоев семьи, следствием чего становятся: изменение отношения к детям, вплоть до полного вытеснения их из семей, беспризорность огромного количества детей и подростков. Это есть неисполнение родителями своих обязанностей до такой степени, что ребенок, формально имеющий семью, фактически оказывается на положении сироты. Но настоящие сироты изначально пользуются защитой государства, а «скрытых социальных сирот» еще необходимо выявить, юридически обосновать их положение и принять решение в судебном порядке. Скрытое социальное сиротство – явление весьма распространенное. О нем можно говорить в той ситуации, когда родители физически существуют, но практически рядом с детьми их нет. Одной из основных причин роста скрытого социального сиротства является алкоголизм родителей и, как следствие, жестокое отношение к детям в семье, пренебрежение их потребностями и интересами. Среди неблагоприятных факторов скрытого социального сиротства значительное место занимает увеличение числа неполных семей. Скрытое социальное сиротство оказывает негативное влияние на развитие личности ребенка. Психологическими последствиями данного негативного явления могут быть повышенная тревожность ребенка, напряженность, психическое переутомление, отсутствие потребности в достижении успеха, высокая агрессивность, недоверчивость, вспыльчивость, уход в себя, депрессия и др. [Сушко Н. Г., 2009].

Учитывая значимые медицинские и социальные последствия алкогольной зависимости родителей для «брошенного» ребенка, а также экономические – для государства, вопросы предотвращения скрытого социального сиротства и

увеличения уровня социального сиротства представляют научный и практический интерес.

В целях повышения качества мер, направленных на совершенствование наркологической помощи с целью снижения масштабов потребления алкоголя, сокращения смертности и увеличения продолжительности жизни, а также сокращения экономических потерь, связанных с алкоголизмом и наркоманией, Экспертным советом по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению (2011) было рекомендовано «подготовить и внедрить со второго полугодия 2012 года комплексные региональные программы по диагностике, профилактике и лечению и реабилитации алкоголизма на период до 2020 года».

Такие медико-социальные программы были разработаны и реализуются в различных субъектах РФ. Мероприятия программ осуществляются как за счет выделения дополнительных бюджетных средств наркологическим учреждениям из средств субъекта РФ, так и в ряде случаев были запланированы в рамках среднесрочных региональных целевых программ (РЦП) профилактики алкоголизма, снижения тяжести медико-социальных последствий злоупотребления алкогольной продукцией среди населения.

Данные, полученные в результате анализа итогов нескольких РЦП, легли в основу настоящей работы.

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика субъектов исследования

Исследование проводилось в период с 2013 по 2015 годы на базе ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России (15 пациентов) и в Краснодарском ГБУЗ «Наркологический диспансер» (89). Также использовались данные медицинской документации больных, которые в тот же период находились под диспансерным наблюдением и/или лечились в стационарных условиях по поводу алкогольной зависимости в БУЗ Орловской области «Орловский наркологический диспансер» (23), ГБУ Ростовский Областной «Наркологический диспансер» (20), ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной психоневрологический диспансер» (43), ГБУЗ Свердловской области «Областной наркологический диспансер» (72).

Проведение исследования было одобрено локальным этическим комитетом, действующим на основании приказа директора ФГБУ «ННЦ наркологии» МЗ № 6 от 19 марта 2014 года. Все участники исследования были ознакомлены с целями и задачами исследования и дали информированное согласие на участие в нем. Пациентам была гарантирована конфиденциальность сведений, полученных от них и их родственников в ходе взаимодействия между врачом, пациентом и членами его семьи.

Пациенты включались в научно-клиническое исследование в соответствии со следующими критериями включения:

- 1) возраст более 18 лет;
- 2) диагноз синдром зависимости от алкоголя средней стадии по критериям МКБ-10;
- 3) обязательное диспансерное наблюдение;
- 4) воздержание от употребления алкоголя в течение 1 недели до включения в исследование;

- 5) отсутствие специфической терапии, направленной на лечение алкогольной зависимости (психофармакотерапия, дисульфирам);
- 6) наличие информированного согласия;
- 7) наличие контактного телефона для связи;
- 8) отрицательный результат теста на беременность и согласие на использование надежных методов контрацепции (для женщин детородного возраста).

В соответствии с критериями исключения следующие пациенты не включались в исследование:

- 1) наличие другой зависимости (кроме никотиновой);
- 2) психотическое расстройство или эндогенная психическая патология (шизофрения, шизоаффективные психозы, выраженная депрессия, биполярные расстройства, деменция, эпилепсия);
- 3) участие в другом клиническом исследовании или программе, направленной на лечение алкогольной зависимости.

Методом сплошной выборки было отобрано 480 больных. Из всех отобранных больных 118 пациентов по разным причинам отказались от участия в данном исследовании. Десять женщин были исключены из исследования, так как планировали беременность.

Таким образом, в исследование вошло 362 пациента с диагнозом зависимости от алкоголя средней стадии по МКБ-10 со сформированным абстинентным синдромом, которые составили основную и контрольную группы.

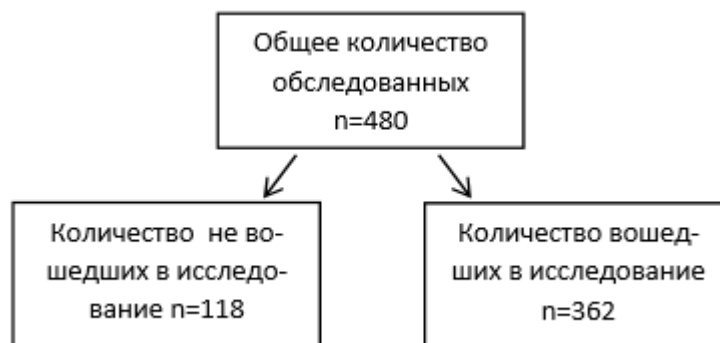


Схема 1 – Отбор пациентов для исследования

Причины, по которым 118 обследованных не вошло в исследование, указаны в Таблице 1.

Таблица 1 – Причины невключения пациентов в исследование

Причины невключения	Количество пациентов (n = 118)
Отказ пациента	78
Первая или третья стадия заболевания	25
Сочетанное употребление других ПАВ	5
Наличие беременности	1
Другие	10

Видно, что основной причиной невключения в исследование был отказ пациента от дальнейшего лечения, а его пребывание в стационаре связано с желанием медицинского выведения из алкогольного эксцесса. Три последующих причины соответствовали критериям невключения в наше исследование. В категории «Другие» находились причины, связанные с невозможностью получить помощь на амбулаторном этапе (длительные командировки, смена места жительства).

Как уже отмечалось, у 362 пациентов, включенных в исследование, была диагностирована II стадия течения хронического алкоголизма. Диагноз алкогольной зависимости ставился согласно критериям МКБ десятого пересмотра (по кн. Алкоголизм. Рук-во для врачей / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой, М., 2011):

- 1) сильная потребность или необходимость принять алкоголь;
- 2) нарушение способности контролировать прием алкоголя;
- 3) физиологическое состояние отмены, характерное для алкоголя;
- 4) использование алкоголя для облегчения или предотвращения симптомов отмены;
- 5) признаки толерантности (увеличение или снижение);
- 6) прогрессирующая утрата альтернативных интересов в пользу употребления алкоголя;

7) продолжение употребления алкоголя несмотря на очевидные вредные последствия.

Согласно инструкции МКБ-10 достаточно сочетания не менее 3 признаков для верификации диагноза хронического алкоголизма. В нашем исследовании во всех случаях помимо прочих был диагностирован ААС («синдром отмены», что позволило выставить II стадию алкогольной зависимости.

Согласно целям и задачам исследования все участники исследования (362 пациента) оказались разделены на две группы (см. Схему 2).

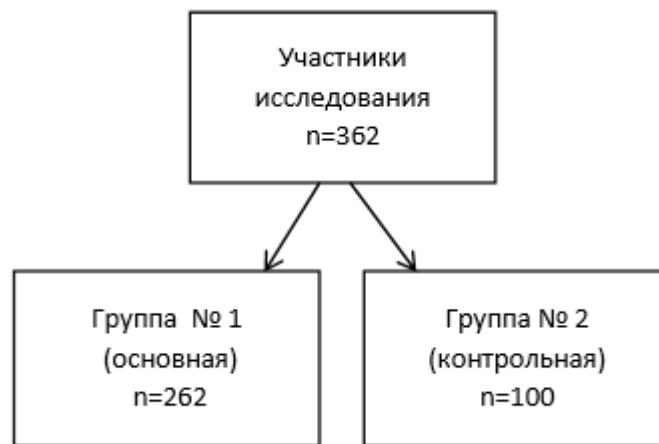


Схема 2 – Деление участников на 2 группы исследования

Группа № 1 (основная; $n = 262$) состояла из участников комплексной амбулаторной программы в Москве, Краснодарском крае, Ростовской и Орловской областях и Ямало-Ненецком автономном округе: всего 190 пациентов (Подгруппа № 1). Из них 104 участника наблюдались более 2 лет. Еще 72 пациента составили Подгруппу № 2. Это участники программы комплексной амбулаторной программы в Свердловской области по лечению родителей, находящихся в группе риска по лишению родительских прав в связи со злоупотреблением алкоголем. Программа проводилась на базе ГБУЗ СО «ОНД» г. Екатеринбурга.

В Таблице 2 приведено распределение участников исследования, по регионам.

В исследование были включены 162 мужчины в возрасте от 26 до 59 лет, средний возраст $41 \pm 0,9$ лет, и 28 женщин в возрасте от 29 до 59 лет, средний возраст $40,7 \pm 1,6$ года.

Таблица 2 – Количество больных алкогольной зависимостью, по регионам (Подгруппа № 1)

Субъект РФ	Количество пациентов (n = 190)
Краснодарский край	89
Москва	15
Ямало-Ненецкий АО (ЯНАО)	43
Орловская область	23
Ростовская область	20

Наследственная отягощенность по болезням зависимости была отмечена у 131 пациента (68, 95%). Данные представлены в Таблице 3.

Таблица 3 – Наследственная отягощенность (Подгруппа № 1)

Заболевание	Отец		Мать	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Алкоголизм	108	82,44	20	15,27
Наркомания	3	2,29	0	
N = 131				

Видно, что, в основном, наследственная отягощенность по зависимости от ПАВ была по линии отца (84,7%). По линии матери наследственная отягощенность встречалась исключительно по алкоголизму (15,3%).

Возраст начала систематического употребления в этой группе варьировался от 21 до 29 лет. Средний возраст начала систематического употребления алкоголя составил $22,3 \pm 1,3$ года.

Длительность заболевания на момент актуального поступления в стационар была от 5 до 33 лет.

Периодическая форма употребления встретилась в 115 случаях (60,52%). Количество дней запоев было от 3 дней до двух недель. Промежутки между запоями от 2 недель до 6 месяцев.

Большинство исследуемых ($n = 151$; 79,47%) употребляли крепкие напитки. 30 (15,79%) пациентов пили, в основном, вино, еще 9 (4,74%) – пиво и легкие алкогольные коктейли.

Толерантность у всех обследуемых этой группы в среднем составила от 0,3 до $2,0 \pm 0,1$ литров водки в сутки или до 3 литров слабоалкогольных напитков.

Социальный и семейный статус исследуемых пациентов был следующим (Таблица 4).

Таблица 4 – Социальный и семейный статус пациентов (Подгруппа № 1)

Показатель	Общее количество ($n = 190$)	
	Абсолютное число	%
Работало	103	54,21
Не работало	87	45,79
Состояло в браке	128	67,61
Разведены	35	18,42
Холосты	27	14,21

Большая часть участников на момент начала исследования имела семью, более половины работали.

В Подгруппу № 2 вошли 72 пациента, в отношении которых органами опеки и попечительства был поставлен вопрос о лишении их родительских прав в связи с неисполнением родительских обязанностей вследствие алкогольной зависимости.

Программа проводилась на базе ГБУЗ СО «ОНД» г. Екатеринбурга; ее прошли 59 женщин и 13 мужчин, страдающих алкогольной зависимостью.

Возраст больных варьировался от 23 до 51 года. Средний возраст составил $34,3 \pm 2,1$ года.

В Таблице 5 представлена информация о наличии наследственной отягощенности среди участников исследования. Примечательна большая наследственная отягощенность со стороны матери, чем в Подгруппе № 1. Возможно, это связано с большей долей женщин – участников этой группы.

Таблица 5 – Наследственная отягощенность (Подгруппа № 2)

Заболевание	Отец		Мать	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Алкоголизм	44	61,11	22	30,55
Наркомания	3	4,17	3	4,17
N = 72				

Начало систематического злоупотребления спиртными напитками пришлось на возраст от 16 до 28 лет.

Длительность заболевания – от 2,5 лет до 27 лет. У больных с периодической формой злоупотребления алкоголем (n = 62; 86,1%) длительность запоев составляла от 3 до 20 дней, 10 пациентов употребляли алкоголь ежедневно.

Промежутки между запоями в среднем длились от 1-й недели до 2 месяцев, редко до 3 месяцев. Большинство пациентов (n = 53) употребляли в основном крепкие спиртные напитки – водку, коньяк. 19 пациентов предпочитали алкогольные коктейли, вино и пиво.

Толерантность у исследованных больных в среднем составила от 0,5 до $1,5 \pm 0,2$ литра водки в сутки или до 3,0 л слабоалкогольных напитков.

Социальный и семейный статус участников группы 2 представлен в Таблице 6.

Таблица 6 – Социальный и семейный статус (Подгруппа № 2)

Показатель	Общее количество (n = 72)	
	Абсолютное число	%
Работало	54	75,00

Не работало	18	25,00
Состояло в браке	62	86,11
Разведены	10	13,89
Холосты	0	0

Подавляющее большинство обследуемых состояло в браке (86,1%). Две трети из общего числа участников имели постоянную работу.

В Группу № 2 (контрольная группа) вошли 100 пациентов; им проводилась амбулаторная реабилитационная программа реабилитации без инъекций пролонгированного налтрексона (контрольная группа). Обоснование выборки такого количества пациентов изложено в параграфе 3.4.

Данные для исследования были получены из медицинской документации: история болезни, амбулаторная карта.

В исследование вошли данные 83 мужчин в возрасте от 23 до 57 лет, средний возраст $42 \pm 0,3$ лет, и 17 женщин в возрасте от 26 до 53 лет, средний возраст $38,7 \pm 1,7$ года.

Наследственная отягощенность по болезням зависимости была отмечена у 73 пациентов (73, 00%). Данные представлены в Таблице 7.

Таблица 7 – Наследственная отягощенность (Группа № 2)

Заболевание	Отец		Мать	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Алкоголизм	65	89,04	6	8,22
Наркомания	2	2,74	0	
N = 73				

Подавляющая наследственная отягощенность по зависимости от ПАВ была по линии отца (89,04%). По линии матери наследственная отягощенность встречалась исключительно по алкоголизму (8,22%).

Возраст начала систематического употребления в этой группе варьировался от 23 до 28 лет. Средний возраст начала систематического употребления алкоголя составил $23,4 \pm 1,5$ лет.

Длительность заболевания на момент актуального поступления в стационар была от 7 до 32 лет.

Периодическая форма употребления встретилась в 53 случае (53,00%). Количество дней запоев было от 2 дней до 2 недель. Промежутки между запоями от 4 недель до 8 месяцев.

Все исследуемые ($n = 100$; 100%) употребляли крепкие напитки. Толерантность у всех обследуемых этой группы в среднем составила от 0,4 до 2 литров водки в сутки. В среднем, $0,70 \pm 0,12$ л в пересчете на крепкий алкоголь.

Социальный и семейный статус исследуемых пациентов был следующим (Таблица 8).

Таблица 8 – Социальный и семейный статус пациентов (Группа № 2)

Показатель	Общее количество ($n = 100$)	
	Абсолютное число	%
Работало	65	65,00
Не работало	35	35,00
Состояло в браке	62	62,00
Разведены	15	15,00
Холосты	23	23,00

Большая часть участников на момент начала исследования имели семью и работало.

С помощью точного критерия Фишера установлено, что в основной (Группа № 1: подгруппа № 1) и в контрольной (Группа № 2) группе пациенты практически равнозначно ($p > 0,05$) распределились по возрасту и полу.

Также не выявлены различия при анализе наследственной отягощенности по алкогольной зависимости (точный критерий Фишера ($p > 0,05$)).

По основным параметрам, определяющим социальный статус испытуемых, при использовании точного критерия Фишера различий между группами выявлено не было ($p > 0,05$). Это касалось количества состоявших в браке пациентов (женат – холост), а также количества профессионально занятых (работал – не работал) на момент вхождения в амбулаторную программу медицинской реабилитации (Группа № 1: подгруппа № 1) или последнего поступления в стационар (Группа № 2).

Для удобства восприятия в Таблице 9 приведены сводные данные по социо-демографическим компонентам исследования в основной группе (Подгруппе № 2) и контрольной группе.

Таблица 9 – Сравнение социо-демографических клинических показателей в основной группе (Подгруппа № 1) и контрольной группе

Показатели	Основная группа (Подгруппа № 1) n = 190	Контрольная группа n = 100	Достоверность различий (критерий Фишера)
Количество и средний возраст мужчин	162 (41 ± 0,9)	83 (42 ± 0,3)	$p < 0,05$
Количество и средний возраст женщин	28 (40,7 ± 1,6)	17 (38,7 ± 1,7)	$p < 0,05$
Фактор наследственности	131 (69,95%)	73 (73,00%)	$p < 0,05$
Толерантность (в среднем литров, в пересчете на крепкий алкоголь)	От 0,3 до 2 ± 0,1	От 0,4 до 2 ± 0,12	$p < 0,05$
Форма злоупотребления алкоголя (периодическая)	115 (60,52%)	53 (53%)	$p < 0,05$
Профессиональная занятость (не работает)	87 (45,79%)	35 (35,00%)	$p < 0,05$
Семейный статус (не состоит в браке)	62 (32,64%)	38 (38,00%)	$p < 0,05$

Поскольку основная группа и контрольная группа не отличались по основным социо-демографическим показателям (точный критерий Фишера: $p < 0,05$) различия при сравнении результатов по лечению и реабилитации можно признать достоверными.

2.2. Дизайн и методы проведения исследования

Исследование проходило в несколько этапов, различных по времени и месту.

На первом этапе пациент поступал в лечебное учреждение стационарного типа, где проводилась диагностика заболевания, купирование симптомом алкогольного абстинентного синдрома. В течение 7 дней лечения пациент подвергался медицинскому обследованию, с ним проводилась предварительная психотерапевтическая беседа с участием близких и родственников. При согласии пациента и соответствии критериям включения пациент становился участником исследования.

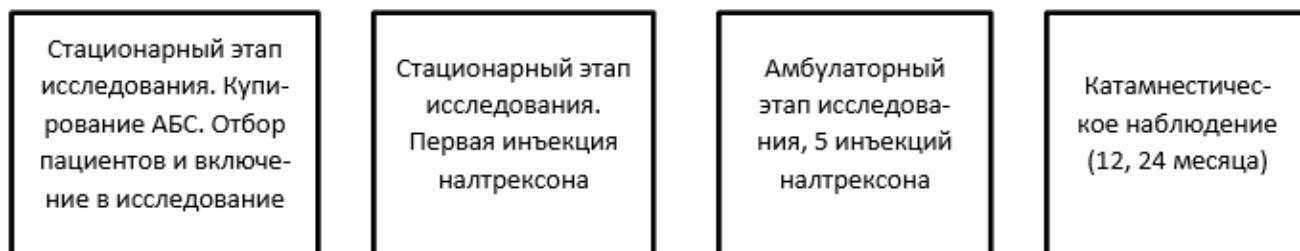


Схема 3 – Общее графическое представление этапов исследования участников основной группы (Группа № 1)

Стационарный этап завершался постановкой инъекции пролонгированного налтрексона, утверждался график визитов пациента и даты последующих инъекций препарата уже в амбулаторном режиме.

Количество и темы визитов соответствовали лечебно-реабилитационной Программе «Точка Трезвости» (пункт 2.2.2). При необходимости темы визитов могли меняться, что не противоречит сущности Программы.

После окончания Программы (не менее 6 ежемесячных инъекций пролонгированного налтрексона и 12 визитов) с пациентом договаривались о необходимости повторных посещений через 6 месяцев после окончания лечения (год), 18 (2 года) и 30 (3 года).

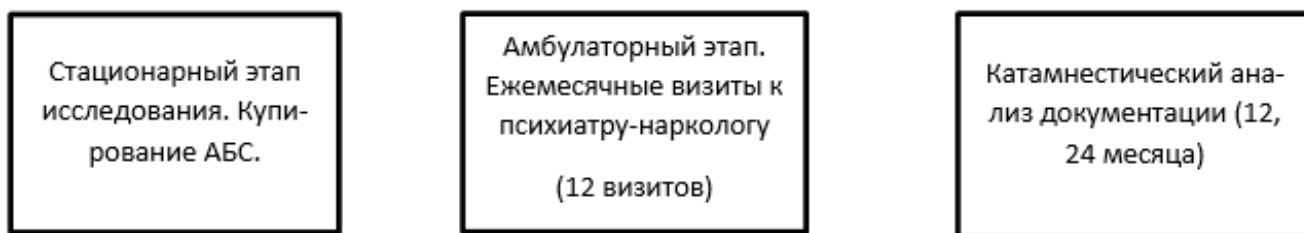


Схема 4 – Общее графическое представление этапов исследования участников контрольной группы (Группа № 2), полученное при анализе данных медицинской документации

Основная (№ 1) и контрольная (№ 2) группы отличались друг от друга тактикой постстационарного ведения пациентов с алкогольной зависимостью. В основной группе применялась амбулаторная программа медицинской реабилитации больных алкогольной зависимостью «Точка Трезвости» (глава 2). Контрольная группа соответствовала определению attention placebo control group: в то время как участники экспериментальной группы получали психотерапию и инъекции пролонгированного налтрексона в соответствии с разработанной программой, участники контрольной группы получали лечение и психотерапевтическую поддержку, которые в точности повторяли объем времени и внимания, получаемого экспериментальной, но не должны были оказывать специфического влияния на субъекты.

В контрольной группе мы применяли «консультирование по вопросам зависимости от наркотических веществ». Консультирование по вопросам зависимости – один из распространенных методов лечения аддикций. Формат консультирования предполагает ориентацию на решение текущих проблем, вызванных ПАВ, а не на изменение внутриспсихических процессов. Процесс консультирования позволяет пациентам повышать свою осведомленность о болезни зависимости и способах ее лечения, осознавать в себе возможности и способности, необходимые для решения имеющихся проблем и личностного роста, благодаря развитию ресурсов пациента, поддержке, наблюдению за поведением и предоставлению обратной связи врачом. Основными применяемыми техниками консультирования по вопросам зависимости были клинический расспрос и наблюдение, целью которых являлось выявление

психопатологической симптоматики, в том числе для оценки прогноза заболевания и предоставления рекомендаций пациенту по беспокоящим его вопросам.

Формат консультирования представлял собой серию индивидуальных бесед и групповых лекций на темы «лечебный процесс», «концепция болезни», «основы трезвого поведения», «стадии выздоровления», «последствия употребления алкоголя и различных видов наркотиков».

Режим взаимодействия между врачом и пациентом в основной и контрольной группах не различался. Визиты пациентов осуществлялись амбулаторно в течение шести месяцев по два раза в месяц. Время, потраченное на консультацию пациента, было приблизительно одинаково. То есть, пациенты основной и контрольной групп получали одинаковый объем времени и внимания, соответствующий критериям «attention placebo control group».

Все пациенты основной и контрольной групп получали одинаковую психофармакотерапию алкогольного абстинентного синдрома (ААС) и постабстинентного состояния (ПАС) (пункт 2.2.1, Таблица 9). Все пациенты получали одинаковый набор лекарственных препаратов, дозировка которых соответствовала стандартной, терапевтической, и, в случаях необходимости, могла повышаться или понижаться в рамках терапевтических доз. Единственное различие в психофармакотерапии в основной и экспериментальной группах было в инъекциях пролонгированного налтрексона в основной группе. Оценка ремиссии алкогольной зависимости проводилась на основании динамического наблюдения и объективных сведений от родственников, а также включала биохимический анализ на АЛТ, АСТ, ГГТ, тест на определение фракции трансферрина (CDT).

2.2.1. Синдром отмены алкоголя

Синдром отмены алкоголя или алкогольный абстинентный синдром (ААС) – один из главных симптомокомплексов, определяющих картину алкогольной зависимости. Его формирование в зависимости от течения алкоголизма

происходит от нескольких до десятков лет и возникает вслед за резким прекращением или сокращением приема алкоголя.

Всем пациентам, вошедшим впоследствии в Группу № 1 (n = 190), при поступлении в стационар был диагностирован хронический алкоголизм II ст., ААС различной степени тяжести с соматовегетативными, неврологическими и психопатологическими нарушениями. В клинике преобладал нейровегетативный вариант (n = 163; 85,8%), висцеральный вариант (n = 20; 10,5%) и церебральный (n = 7; 3,7%). Вариант с преобладанием психопатологических проявлений не встретился (по [Альтшулер В. Б., 1999]).

По тяжести течения ААС (по [Афанасьев В. В., 2002]) диагностировали: легкую степень в 63 случаях (33,2%), среднюю – 123 случая (64,7%), тяжелую – 4 (2,1%).

Таким образом, наиболее часто был определен ААС средней степени тяжести с преобладанием нейровегетативного варианта расстройств.

Общая схема купирования симптомов абстиненции приведена в Таблице 10.

Таблица 10 – Купирование ААС

Препараты	Дни						
	1	2	3	4	5	6	7
Sol. NaCl 0,9% 400–800 мл в/в капельно / сутки	+	+	+	±	±		
Sol. Thiamine 6% в/м по 2–3 мл/сутки	+		+		+		+
Sol. MgSo4 25% в/в капельно по 10–20 мл /сутки	+	+	±	±			
Sol. Pyridoxine 5% 10–20 мг в/м/сутки		+		+		+	
Tab. Carbamazepini 400–600 мг / сутки	±	±	±	±	±	±	±
Sol. Diazepam 20–40 мг / сутки	+	+	+	+	±	±	

Таким образом, до момента первой инъекции пролонгированного налтрексона во всех случаях было не менее 7 дней, что считается достаточным для формирования осознанной мотивации пациента на дальнейшее лечение (и участие в программе исследования), а также для максимально эффективного действия фармакологического компонента терапии. В период нахождения в стационаре пациенты, высказавшие желание на участие в исследовании и

соответствующие критериям включения, подписывали форму информированного согласия (Приложение А) и проходили необходимое физикальное обследование.

2.2.2. Программа «Точка Трезвости»

Как уже было отмечено, за основу курса лечения и реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью была взята программа «Точка Трезвости» (далее ТТ), разработанная в 2009 году. В качестве фармакотерапии в ТТ используется антагонист опиатных рецепторов налтрексон (инъекционная форма, 380 мг), который воздействует на основной симптом зависимости – влечение к алкоголю. На наш взгляд, эта комплексная лечебно-реабилитационная программа отвечает основным принципам терапии наркологических заболеваний: «на всем протяжении заболевания терапевтическое воздействие должно быть комплексным и интегрированным, включать в себя медикаментозное, психотерапевтическое и социальное воздействие» [Иванец Н. Н., 2008]. Для воздействия на биологический компонент зависимости использован пролонгированный инъекционный налтрексон; психотерапевтические методики оказывают эффект на психологический, а работа с родственниками носит элементы социального воздействия.

Психотерапевтические методики программы ТТ включают: когнитивно-поведенческую психотерапию, мотивационное интервью, альянс-центрированный подход, семейную психотерапию (работа с родственниками), ведение случаев срыва и рецидивов, а также их профилактику. Кажущаяся избыточность методик позволяет гибче подойти к особенностям пациента и обеспечить ему индивидуальный подход в лечении. Согласно Клиническим рекомендациям Ассоциации наркологов России (2014) все эти методики обладают высоким уровнем доказательности.

Терапевтический альянс (ТА) или эмпатическая связь между пациентом и врачом – один из основных факторов успешности психотерапии [Horvath A. O., Greenberg L. S., 1994; Meier P. S. et al., 2005; Martin D. J. et al., 2000; Krupnick J. L. et al., 2006]. Считается, что ТА – общая составляющая всех психотерапевтических методик, поскольку формирующиеся между пациентом и врачом конструктивные

и доверительные отношения, а также активная позиция первого, существенно увеличивают приверженность пациента к любой терапии [Бордин Э., 1979].

Большинство описаний ТА включает четыре компонента [Gaston L., 1990]:

- 1) аффективная связь пациента и врача;
- 2) способность пациента целенаправленно работать в процессе терапии;
- 3) эмпатическое понимание и вовлеченность врача;
- 4) договоренность между пациентом и врачом о целях и задачах психотерапии.

С точки зрения структуры ТА выделяют три компонента:

- 1) общие цели врача и пациента;
- 2) согласованное признание задач;
- 3) связь, возникающая между двумя участниками и определяющая эффективность лечения.

ТА, возникающий в начале работы, необходимо поддерживать и развивать на протяжении всего лечения. Как правило, для поддержки и стимулирования компонентов ТА предлагаются когнитивно-бихевиоральные техники (например, мотивационное интервью или комплаенс-терапия). Данные методики помогают процессу совместного построения целей и определения психотерапевтических задач. Однако компонент «связь» остается вне рамок поддержки, существует как бы «сам по себе».

Возможно и целенаправленное усиление составляющих ТА (цели, задачи и связи) с помощью альянс-центрированного (АЦ) метода краткосрочной психотерапии. Это последовательность терапевтических интервенций по ходу развертывания процесса ТА по времени для стимулирования приемлемого поведения пациента в отношении своего лечения и реабилитации. Среди методик, лежащих в основе АЦ психотерапии, транзактный анализ, когнитивно-поведенческая терапия, мотивационное интервью и другие.

Эффективность мотивационного интервью (МИ) при психических и поведенческих расстройствах, связанных с употреблением алкоголя многократно

доказана. В настоящее время МИ широко используется как мотивационная психотерапия для пациентов с различными видами зависимости.

Теоретической основой МИ стала модель «стадий изменений» [Prochaska J. O., DiClemente C. C., 1984]. К первоначальной модели была добавлена еще одна, и сегодня выделяют шесть стадий изменений: стадия предварительных размышлений, стадия размышления, стадия принятия решения или планирования, стадии действий, поддержки и рецидива [Miller W. R., Sovereign R. G., Krcige B., 1988]. Движение по стадиям может быть разнонаправленным, но в целом циклично.

Стадия предварительных размышлений связана с формированием критического отношения больного к своей патологии. Обычно на этом этапе пациент обращается к врачу только в связи с давлением близких, членов его семьи. Поэтому влияние врача крайне ограничено. В то время, как стадия размышлений приводит зависимого за медицинской помощью. Пациент анализирует свое состояние, поведение, потребление ПАВ и реакцию на это окружающих. Если стадия истинных размышлений проходит продуктивно, ее сменяет планирование своих действий (принятие решения). На данном этапе необходимо информировать пациента о существующих методах лечения, положительных и отрицательных моментах того или иного выбора. Далее пациент реализует сделанный ранее план (стадия действий). Список мероприятий может быть различным: от психофармакотерапии до получения навыков, необходимых для ведения самостоятельного и самодостаточного образа жизни без зависимости. На стадии поддержки, которую оказывает не только врач, но и социальное окружение, необходимы мероприятия, направленные на минимизацию риска рецидивов, в том числе на получение навыков наблюдения и самонаблюдения, профилактики критических ситуаций. Включение в циклический процесс фазы рецидива подчеркивает реалистичность данного подхода.

В настоящее время наиболее продуктивными с точки зрения результата считаются недирективный (клиент-центрированный) и мотивационный стиль

взаимодействия врача и пациента, при которых врач занимает открытую, неосуждающую позицию по отношению к пациенту.

При проведении МИ используются различные техники (более 15); в зависимости от стадии готовности к изменениям, на которой находится в настоящий момент пациент, различаются цели МИ и изменяется набор используемых методик, отмеченных в Таблице 11.

Когнитивно-поведенческая (бихевиоральная) психотерапия (КБТ) служит терапией выбора в работе с зависимыми пациентами, особенно на первых этапах. М. Weegmann и R.Kohen (2005) указывают, что у более чем 50% зависимых успех имеет КБТ.

Согласно когнитивной теории А. Бека: «ключ к пониманию и решению психологических проблем лежит в сознании пациента». Алкоголизм с этой точки зрения – неправильная искаженная переработка информации, что приводит к принятию дезадаптивных решений и последующих деструктивных действий пациента.

Таблица 11 – Стадии готовности к изменениям

Стадия мотивации изменений, на которой находится пациент	Цель мотивационного интервью
Стадия предварительных размышлений	– вызвать сомнения в отсутствии проблем, связанных с употреблением ПАВ; – помочь пациенту осознать опасности употребления ПАВ путем информирования
Стадия размышлений	– поддержать мысли о возможном изменении поведения; – структурировать ожидаемые изменения
Планирование своих действий	– помочь укреплению намерения изменить образ поведения (подключить к этому других людей из терапевтической группы, родственников)
Стадия действий	– помочь в выборе лучшего из возможных путей действий в поддержании трезвого образа жизни и структурировании этих действий
Стадия поддержки	– совместный выбор и использование противорецидивной методики или техники
Фаза рецидива	– уменьшить негативные эмоциональные последствия срыва; – подготовить пациента к возврату на стадию предварительных размышлений

В КБТ используются несколько технологий. Основная – это выявление дисфункциональных (чаще всего автоматических) мыслей пациента с помощью ABC-модели: где А – это событие, С – эмоциональная реакция на него, В – предшествующая реакции незамеченная мысль. Понимание и принятие всегда присутствующей взаимосвязи между переживаемой эмоцией и предшествующей ей автоматической мысли – основа КБТ.

В период шестимесячного курса инъекций пролонгированного налтрексона (однократно, ежемесячно) проходило 12 визитов пациента к наблюдающему врачу-наркологу, т. е. 2 раза в месяц.

Целью первой встречи в рамках программы ТТ было установление контакта с пациентом и его родственниками. В задачи врача входило информирование пациента об особенностях его заболевания, поддержка и внушение надежды на положительный эффект лечения, прояснение первичного запроса пациента. В конце встречи пациент выбирал варианты решения своих проблем; положительным итогом считалось, по меньшей мере, согласие на повторную встречу.

При втором визите начиналось формирование комплайенса. Пациент знакомился с основами когнитивной терапии – перестройкой мышления, системы взглядов и убеждений. На примере ответов пациента на вопросы о проявлениях его заболевания подчеркивается связь: событие – мысль – эмоция – поведение.

Третье посещение посвящено пониманию собственной и чужой эмоциональной жизни, развитию навыков эмоциональной саморегуляции. Врач информирует пациента о связи между эмоциями и влечением к алкоголю, общих «законах» эмоциональной жизни.

В рамках четвертого визита обсуждаются вопросы управления кризисными ситуациями, предупреждение рецидивом. Эта встреча проходит совместно с родственниками. Работа предполагает формирование у пациентов навыков, которые позволяют выявлять признаки угрозы нарушений установок трезвого поведения, обострения болезни, а также знание и понимание основных способов правильного поведения и оказания скорой помощи для предотвращения срывов.

На пятом и шестом визитах пациент учится работать с дисфункциональными мыслями. Результатом этой работы служит навык реконструкции дисфункционального мышления, возможности поиска адаптивного ответа, ослабления доверия к автоматической мысли и снижения соответствующей ей эмоции.

В ходе седьмого визита пациент учится выявлять промежуточные и глубинные убеждения, связывать их с компенсаторными стратегиями. Создание новых (положительных) убеждений – совместный процесс. Убеждение должно быть принято пациентом, чтобы послужить ядром для создания более адаптивной схемы поведения.

Встречи 8 и 9 посвящены работе с сопротивлениями. Основой для обнаружения сопротивления может стать обсуждение «текущих трудностей», «повседневных проблем» и «того, что мешает лечению и продуктивной жизни». Используя техники рефлексивного выслушивания, рефрейминга, признавая «нормальность» наличия амбивалентности, врач активно вовлекает пациента в поиск способов решения проблемы, что позволяет избежать отвержения

вариантов, которые предлагает врач. Следует помнить, что сопротивление – это результат нарушения отношений врач – больной, т. е. ТА. Таким образом, это сигнал к изменению используемой врачом стратегии, к смене позиции психотерапевта.

Развитие позитивного мышления, формирование умения использовать собственные и средовые ресурсы для поддержания отказа от алкоголя – вот цели десятого визита. Врач оценивает уровень паттернов общения пациента, акцентируя внимание последнего на особенностях эмоциональной сферы больных алкоголизмом, которые препятствуют близкому общению и удовлетворению потребностей [Karpman S., 2011).

В задачи 11-го посещения входит приобретение умения признавать собственные достижения и успехи – как важного навыка саморегуляции. Анализ того, как достижения влияют на эмоциональное состояние, помогает понять, как затем происходит выбор форм поведения, выводит к выявлению автоматической мысли, которая и определяет эмоциональное состояние. Важным результатом может стать восстановление способности получать удовольствие и достигать оптимального психического и физического состояния, не используя алкоголь.

Итоговый визит проходит совместно с родственниками. Пациенту и его близким предлагается сравнить особенности жизни больного и семьи до начала лечения и сейчас, отметить произошедшие перемены. Принимается решение об эффективности лечения и реабилитации, а также вероятность наблюдения и продолжения психофармакологической терапии в дальнейшем.

2.2.3. Этапы исследования

В Таблице 12 приведена детализация видов процедур в зависимости от номера инъекции пролонгированного налтрексона.

За основу этапов исследования взята схема ведения пациента по Программе ТТ, суть которой подробно описана в пункте 2.2.2. Тринадцатый, четырнадцатый и пятнадцатый столбцы (в строке «Визиты») обозначают катамнестическое наблюдение в год, два и, если были данные, три года. В эти периоды мы

отслеживали общее состояние участника, качество ремиссии и социальный статус (ИК № 2).

В Группе № 2 (контрольной) этапы исследования отличались лишь отсутствием введения пролонгированного налтрексона.

Таблица 12 – Этапы проведения исследования в Группе № 1

Название процедур	Стационарный этап	Период терапии и активного наблюдения														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Визиты	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Месяцы		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Инъекции пролонгированного налтрексона	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Информированное согласие	X															X
Оценка соответствия пациента критериям включения		X														
Оценка соответствия пациента критериям исключения		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Осмотр врача психиатра-нарколога	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Семейное консультирование		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Проведение психотерапии		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Сбор демографических данных и анамнеза	X	X														X
Физикальное обследование	X		X													X
Оценка жизненно-важных функций (АД, ЧСС, температура)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Оценка патологического влечения к алкоголю, шкала VAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Оценка качества ремиссии (самооценка, оценка родственника)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Регистрация нежелательных явлений			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Регистрация сопутствующей терапии	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2.3. Характеристика методов исследования

В исследовании использовались эпидемиологический, клинико-психопатологический, катемнестический и статистический методы. Исследование проводилось по специально разработанному Протоколу, соответствующего правилам Надлежащей клинической практики (GCP), ГОСТ Р 52379-2005.

2.3.1. Индивидуальная карта исследования

На основе Протокола была разработана индивидуальная карта больного алкогольной зависимостью № 1, № 2 и № 3 (Приложения А, Б, В).

ИК № 1 включала несколько блоков.

В первом отражались: пол пациента, его возраст, а также географический субъект, в котором проходило исследование.

Второй блок – клинический. Отражалась подробная информация о возможной отягощенной наследственности пациента по основному заболеванию, данные о предыдущих методах лечения алкогольной зависимости: амбулаторное, стационарное, количество попыток, методы терапии, наличие и продолжительность ремиссий. Отдельно – толерантность и вид употребляемого напитка, форма злоупотребления алкоголем. Указывались перенесенные психозы и возможная параллельная зависимость от других ПАВ. Далее подробно освещалась динамика во время лечения по текущей программе: номера инъекций пролонгированного налтрексона, ритм и количество употребляемого алкоголя в зависимости от количества инъекций. Преобладающий компонент первичного влечения (по [Альтшулер В. Б., 1994]) до лечения пролонгированным инъекционным налтрексоном и в ходе программы. Компоненты первичного патологического влечения к алкоголю определялись в периоде воздержания, т.е. не менее 7 дней нахождения в стационаре и купирования абстинентного синдрома. Динамика этих компонентов оценивалась уже в амбулаторных условиях при каждом ежемесячном визите пациента к врачу-наркологу. Указывались идеаторный (мысленный), поведенческий (волевой, деятельностный), аффективный, сенсорный и вегетативный компоненты [Альтшулер В. Б., 1994].

Степень влечения к алкоголю оценивался по визуально-аналоговой шкале (VAS) до начала лечения и после (Рисунок 1).

Третий блок представлял собой социальную информацию о пациенте, его семье. В нем подробно описываются семейные отношения: факты и субъективные признаки до начала и по окончании курса терапии. Также отмечались

образовательные и трудовые отношения участника. Небольшую часть карты составляли данные, которые также могли бы свидетельствовать о социальном статусе пациента (наличие автомобиля) и ряд факторов, говорящих о степени влияния заболевания на жизнедеятельность (госпитализации, рискованные ситуации, связанные с приемом алкоголя).

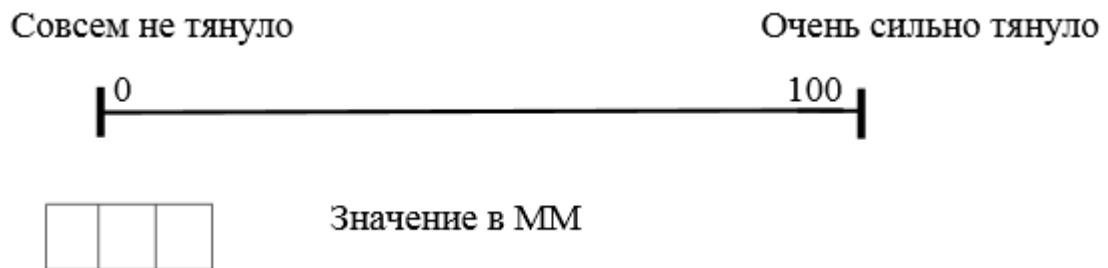


Рисунок 1 – Визуально-аналоговая шкала патологического влечения к алкоголю

ИК № 2 содержит все те же блоки, что и ИК № 1 с той лишь разницей, что все данные фиксированы на момент осмотра врачом-наркологом. Вместо номеров инъекций пролонгированного налтрексона указывалось их количество в анамнезе.

В ИК № 3 помимо перечисленных включены дополнительные сведения о семейном статусе, лишении или возвращении родительских прав.

2.3.2. Клинико-катамнестический метод

Клинико-катамнестический метод предполагал сбор объективных сведений о состоянии пациента по истечению 12 и 24 месяцев после начала лечения самих пациентов и их родственников, а также исследование катамнестических данных на основании клинических бесед с пациентом, его родственниками, анализа имеющейся медицинской документации. В Группе № 2 (контрольной) проводился ретроспективный анализ медицинской документации: история болезни, амбулаторная карта.

2.3.3. Статистическая обработка

Методы математической статистики применялись для определения различий между группами, динамики различных параметров внутри групп и анализа корреляционных связей между исследуемыми параметрами. При

статистической обработке результатов исследования использовались методы описательной статистики, методы для определения различий между группами и корреляционный анализ. Наличие различий между данными двух групп при непараметрическом методе исследования оценивалось критерием Манна – Уитни и точным критерием Фишера (дихотомические переменные). Корреляции оценивались с помощью r -критерия ранговой корреляции Спирмена. Обработка полученных результатов производилась с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows, Standard Version 11.5, Copyright SPSS Inc., 2002.

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Анализ эффективности амбулаторной программы реабилитации для пациентов с алкогольной зависимостью

Группа № 1 состояла из 162 мужчин (средний возраст $41 \pm 0,9$ лет) и 28 женщин (средний возраст $40,7 \pm 1,6$ года).

Большая часть пациентов поступала в стационарное отделение, где им проводились дезинтоксикационные мероприятия. Время нахождения в стационаре составляло не менее 7 дней, после чего пациент подписывал Соглашение на участие в исследовании и при выписке получал первую инъекцию пролонгированного налтрексона. Врач-нарколог заполнял Индивидуальную карту исследования (№ 1) и планировал с пациентом (и его родственниками) дальнейшие визиты. Таким образом, период полной трезвости перед началом программы составлял не менее 7 дней. Впоследствии Индивидуальная карта исследования дополнялась информацией при каждом визите пациента к врачу-наркологу (не менее 12 визитов).

При анализе Индивидуальных карт выявлено, что у 138 больных (72,63%) была хотя бы одна попытка лечения алкогольной зависимости, причем у 35,79% (68 пациентов) так и не удалось добиться прекращения приема алкоголя и сформировать какую-либо ремиссию. Была проанализирована максимальная длительность ремиссии в анамнезе (Таблица 13).

Таблица 13 – Анализ ремиссий, предшествующих настоящей терапии

Длительность ремиссии до настоящего лечения	Количество пациентов (N = 190)	
	Абсолютное число	%
Не было	68	35,79
1–5 мес.	47	24,74
6–11 мес.	38	20,00
Более 12 мес.	37	19,47

Видно, что у более 60% участников программы в анамнезе отмечены лишь краткосрочные периоды трезвости (до полугода) либо не наблюдались вовсе.

Если принимать во внимание только случаи с хотя бы одной попыткой лечения, стационарного либо амбулаторного ($n = 138$), то картина представлена в Таблице 14.

Таблица 14 – Анализ ремиссий с попыткой лечения, предшествующего настоящей терапии

Длительность ремиссии до настоящего лечения	Количество пациентов (N = 138)	
	Абсолютное число	%
Не было	23	16,67
1–5 мес.	41	29,71
6–11 мес.	37	26,81
Более 12 мес.	37	26,81

Как и следовало ожидать, значительно уменьшилось количество пациентов с безремиссионным опытом лечения алкоголизма (более чем в два раза). Тем не менее, у чуть меньше половины пациентов (46,38%) с хотя бы одной попыткой лечения в анамнезе отмечено безремиссионное течение либо с кратковременными периодами трезвости (до полугода).

Таким образом, в описываемые программы амбулаторной медицинской реабилитации с использованием пролонгированного инъекционного налтрексона практически половина пациентов вошла с тяжелым, безремиссионным течением, многократно обращавшихся за наркологической помощью, с малоэффективными результатами предыдущего лечения.

Все участники исследования по итогам завершения программы были разделены на 2 группы: получившие полный курс пролонгированного инъекционного налтрексона (6 инъекций или более) – «Закончившие» или не получившие полный курс – «Не закончившие» (см. Таблицу 15).

Таблица 15 – Количество пациентов, закончивших программу

Подгруппа	Количество инъекций пролонгированного налтрексона	Количество пациентов (N = 190)	
		Число	Процент
«Закончившие»	6 инъекций	135	71,05
	Более 6 инъекций	20	10,53
«Не закончившие»	Менее 6 инъекций	35	18,42

Из 190 пациентов, принявших участие в программе, 155 человек (81,42%) прошли полный курс терапии инъекционным налтрексоном. Причем, из них 20 человек (10,53%) получили более 6 инъекций (от 7 до 16).

Решение об увеличении количества инъекций, продлении терапии осуществлялось комиссионным осмотром врачей психиатров-наркологов, и было связано с тем, что в тяжелых, безремиссионных случаях течения алкогольной зависимости рекомендованный курс инъекционного пролонгированного налтрексона составляет от 6 до 12 инъекций.

Высокий процент (более 80%) участников, полностью завершивших программу, может говорить о хорошей приверженности пациентов к лечению.

Поскольку основная часть программы приходилась на амбулаторный этап лечения, было интересным проанализировать периоды полной трезвости пациентов в течение всего курса медицинской реабилитации. Данные по продолжительности периода трезвости у пациентов представлены в Таблице 16.

Таблица 16 – Продолжительность периода полной трезвости в течение программы

Количество инъекций	Число пациентов (n = 155)	Количество пациентов, сохраняющих полную трезвость в период лечения	
		Абсолютное число	%
6	135	128	94,81
От 6 и более	155	141	90,97

Другими словами, среди пациентов, завершивших полный курс инъекционного пролонгированного налтрексона (шесть инъекций и более, n = 155), практически 91% сохраняли полную трезвость.

После окончания программы 133 пациента (85,81%) сохраняли полную трезвость от одного месяца до двух лет.

В подгруппе «Не закончивших» (не получивших полный курс пролонгированного инъекционного налтрексона) оказалось 35 пациентов (18,42%). В Таблице 17 указаны периоды полной трезвости у пациентов, получивших от 1 до 5 инъекций.

Таблица 17 – Продолжительность периода полной трезвости в течение программы у пациентов, ее не завершивших

Количество инъекций	Число пациентов (n = 35)	Пациенты, сохраняющие полную трезвость в период лечения	
		Абсолютное число	%
1 инъекция	5	4	80,00
2 инъекции	1	0	0
3 инъекции	4	4	100,00
4 инъекции	2	0	0
5 инъекций	23	20	86,96

Большинство больных – 23 человека получили по 5 инъекций препарата. Среди пациентов, получивших по 5 инъекций пролонгированного инъекционного налтрексона, 19 участников после завершения курса сохраняют полную трезвость (от одного месяца до восемнадцати). Кроме того, четверо пациентов сократили объем употребляемого алкоголя более чем в три раза по сравнению с обычным количеством до вхождения в программу. Девять пациентов продолжали употреблять алкоголь в прежних количествах и вышли из программы по собственному желанию. Один пациент прервал программу, поскольку выбыл из города, еще двое помещены в следственный изолятор временного содержания.

В период нахождения в программе оценивалась динамика патологического влечения к алкоголю.

Представляют практический интерес данные, относящиеся к изменению под действием лечения компонентов первичного патологического влечения к алкоголю. Доказано, что препараты, применение которых может привести к

снижению влечения к алкоголю, способствуют наступлению долгосрочной и качественной ремиссии.

Среди 190 участников программы преобладал аффективный компонент первичного патологического влечения к алкоголю (163 пациента, 85,79%) Несколько меньшую встречаемость имели поведенческий, идеаторный и вегетативный компоненты. Сенсорный компонент был отмечен в небольшом проценте случаев. Подробная информация по динамике встречаемости компонентов первичного влечения к алкоголю содержится в Таблице 18.

Таблица 18 – Компоненты первичного патологического влечения к алкоголю в процессе лечения пролонгированным инъекционным налтрексоном

Преобладающий компонент первичного влечения	До начала лечения	После окончания курса инъекций
Аффективный	163 (85,79%)	49 (25,79%)
Поведенческий	130 (68,42%)	39 (20,53%)
Идеаторный	122(64,21%)	41 (21,58%)
Вегетативный	98 (51,58%)	38 (20,00%)
Сенсорный	63 (33,16%)	12 (6,32%)

Динамика изменения преобладающего первичного компонента патологического влечения хорошо прослеживается в зависимости от количества инъекций налтрексона на протяжении курса терапии (Таблица 19).

Таблица 19 – Динамика компонентов первичного влечения к алкоголю

Преобладающий компонент патологического влечения	До начала лечения. Число (%)	1-я инъекция	2-я инъекция	3-я инъекция	4-я инъекция	5-я инъекция	6-я инъекция. Число (%)
Аффективный	127 (90,07)	132	130	110	90	40	38 (26,95)
Поведенческий	109 (77,30)	108	105	88	63	38	36 (25,53)
Идеаторный	108 (76,59)	108	108	79	61	38	39 (27,66)
Вегетативный	85 (60,28)	87	85	62	50	37	35 (24,82)
Сенсорный	49 (34,75)	52	50	45	37	21	10 (7,09)

Начиная с пятой инъекции количество пациентов, у которых отмечаются те или иные проявления патологического влечения, значительно уменьшается. Эти результаты показывают, что пролонгированный инъекционный налтрексон эффективно снижает патологическое влечение к алкоголю, что также может отражаться на качестве ремиссии, ее продолжительности и стойкости.

Наиболее встречаемый компонент первичного влечения к алкоголю – аффективный, в процессе лечения в программе снизился более чем в три раза ($n = 38, 26,95\%$). Также практически в три раза наблюдалось снижение поведенческого и идеаторного компонентов первичного влечения к алкоголю. Несколько меньшее снижение продемонстрировал вегетативный (в 2,35 раза). Наибольшее снижение продемонстрировал сенсорный компонент первичного влечения к алкоголю (более чем в 5 раз), сохранившись у единиц ($n = 10, 7,09\%$).

С помощью шкалы VAS (Рисунок 2) было оценено ПВА на момент вхождения в программу (до первой инъекции пролонгированного налтрексона) и при ее завершении (после шестой инъекции).

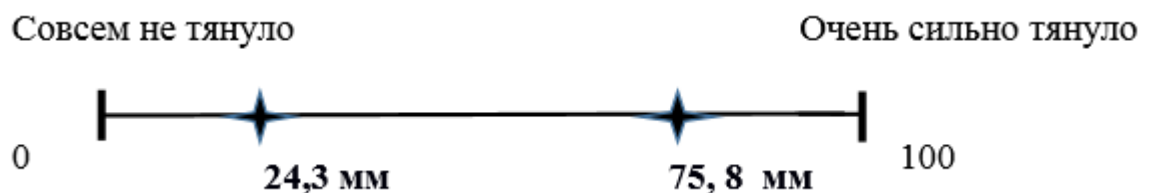


Рисунок 2 – Визуально-аналоговая шкала патологического влечения к алкоголю в группе № 1

Обнаружено, что среднее значение в начале лечения по шкале было 75,8 ед., тогда, как после завершения – 24,3 ед., что более чем в 3 раза меньше исходного.

Учитывая важность социальной адаптации пациентов для достижения качественной ремиссии, были оценены показатели семейного и профессионального статусов участников программы. В Таблице 20 приведены данные на момент начала программы и при ее завершении.

Таблица 20 – Показатели социальной и семейной реадaptации у пациентов в процессе лечения пролонгированным инъекционным налтрексоном

Изменение признака	Абсолютное число (n = 190)	%
Сохранил / улучшил внутрисемейные отношения	142	74,74
Нашел / сохранил работу	153	80,53

До начала лечения из 190 участников 128 состояли в браке, а 103 имели постоянную работу. Таким образом, можно предположить, что нахождение в программе амбулаторной медицинской реабилитации положительным образом повлияло на социальный и семейный статус участников. Это один из критериев достижения качественной ремиссии.

В качестве предикторов исхода лечения инъекционного налтрексона оценивались и клинические характеристики больных (данные приведены в Таблице 21)

Таблица 21 – Коэффициенты интеркорреляций клинических параметров и показателей эффективности у пациентов, получавших пролонгированный инъекционный налтрексон

Критерии эффективности	Наличие и выраженность аффективного компонента ПВА	Количество инъекций пролонгированного налтрексона 5 и более инъекций
Продолжительность ремиссии	0,15 p = 0,21	0,73 p < 0,05
Сохранение и улучшение семейных отношений	-0,54 p < 0,001	0,20 p = 0,7
Длительность нахождения в программе	-0,63 p < 0,001	0,53 p < 0,05
Максимальная длительность ремиссии	0,07 P = 0,5	0,65 p < 0,001
Срывы за время прохождения программы	0,14 p = 0,17	- 0,77 p < 0,05

Примечание: использован г-критерий ранговой корреляции Спирмена; значимые корреляции выделены.

Сопоставление основных клинических и социальных параметров пациентов по результатам участия в программе амбулаторной реабилитации показало, что продолжительность удержания пациентов в программе реабилитации, вероятность достижения состояния ремиссии алкогольной зависимости и ее

продолжительность коррелировали с увеличением числа полученных инъекций пролонга налтрексона (r -критерий Спирмена равен 0,73; $p < 0,05$). Выраженностью аффективного компонента ПВА как одного из наиболее важных факторов срыва и рецидива алкогольной зависимости обратно коррелировала с благоприятным семейным и социальным статусом пациента (-0,54; $p < 0,001$) и с продолжительностью удержания пациентов в программе реабилитации. Количество срывов и рецидивов алкогольной зависимости уменьшалось, а количество пациентов с продолжительностью ремиссий до 2 лет возрастало по мере увеличения и наоборот, у пациентов, получивших менее 5 инъекций налтрексона увеличивалось количество срывов/рецидивов алкогольной зависимости (-0,77; $p < 0,05$).

3.2. Отдаленные результаты лечения в амбулаторной программе медицинской реабилитации

Согласно современной концепции терапия наркологических заболеваний должна быть комплексным и длительным процессом. Научных исследований, основанных на длительном катамнезе больных алкогольной зависимостью, в нашей стране немного, несмотря на то, что ремиссия в течение 2 лет и более служит одним из ключевых показателей, указанных в «Концепции модернизации наркологической службы РФ до 2016 г.»

На первом этапе – вхождения в амбулаторную программу медицинской реабилитации обозначалась доступность пациента длительному катамнестическому наблюдению не менее 2 лет, обеспеченность контакта с больным и его родственниками. В процессе нахождения в амбулаторной программе медицинской реабилитации были предусмотрены предупредительные звонки накануне обязательного визита к врачу-наркологу; по завершении программы амбулаторная карта копировалась и передавалась врачу психиатру-наркологу в наркологический диспансер по месту жительства. Такая организация процесса демонстрировала пациенту заинтересованность врача в его лечении, что внесло значимый вклад в мотивацию пациента. Данные опроса находили отражение в

Индивидуальной карте исследования № 2, которая включала оценку длительности ремиссии, динамику изменений в социальном и семейном статусе, оценку полной или неполной трезвости, количеств употребляемого алкоголя в сутки (мл), а также количеств дней употребления в месяц (по сравнению с периодом, предшествующим началу участия в амбулаторной программе медицинской реабилитации).

Заполнение Индивидуальной карты исследования № 2 проводилось врачом психиатром-наркологом при визите пациента либо в процессе опроса по телефону. Заполнение Индивидуальной карты исследования № 2 происходило через 12 и 24 месяца после начала амбулаторной программы медицинской реабилитации.

Из 190 пациентов (группа № 1), участников комплексной амбулаторной программы медицинской реабилитации, 104 (Краснодарский край и Москва) наблюдались в течение двух лет с момента начала участия. В это количество вошло 88 мужчин в возрасте от 26 до 59 лет (средний возраст $42,4 \pm 0,7$ год) и 16 женщин в возрасте от 31 до 59 лет (средний возраст $39,7 \pm 1,6$ лет).

Все пациенты были разделены на две группы: получившие 6 инъекций пролонгированного налтрексона и не закончившие этот курс. Данные представлены в Таблице 22.

Таблица 22 – Количество пациентов, закончивших программу

Подгруппа	Количество инъекций	Количество пациентов (n = 104)	
		Абсолютное число	%
Не закончившие	От 3 до 5 инъекций	42	40,38
Закончившие	6 и более	62	59,62

Таким образом, в анализ отдаленных результатов участия в амбулаторной программе медицинской реабилитации попало сопоставимое количество пациентов, получивших полный курс (6 инъекций) пролонгированного налтрексона и не получивших (от 3 до 5).

В этой связи несомненный интерес представляет анализ полноты трезвости, которую пациенты сохраняют после завершения амбулаторной программы медицинской реабилитации и количеств употребляемого алкоголя/количество дней употребления в случае неполной трезвости.

У 59 пациентов (56,73%) имел место срыв или рецидив заболевания. Причем в первой группе таких набралось 33 пациента (78,57% от 42 опрошенных). Во второй группе (6 инъекций и более) соответственно 26 (41,93% от 62 опрошенных).

У более половины пациентов (33 случая) значительно снизился объем употребляемого алкоголя (в среднем на 300 мл крепких алкогольных напитков в сутки), еще 21 пациент отметил уменьшение количества дней употребления алкоголя в месяц и увеличение периода трезвости. Таким образом, несмотря на несоблюдение полной трезвости у этих пациентов, можно говорить о снижении количества дней тяжелого пьянства.

Интересные данные получены в результате оценки длительности ремиссии у пациентов после прохождения амбулаторной программы медицинской реабилитации (Таблица 23).

Таблица 23 – Длительность ремиссии

Длительность ремиссии	Число пациентов	
	Абсолютное число	%
Более 1 года	67	64,41
Более 2 лет	47	45,19

По данным Федерального статистического учета, число больных алкогольной зависимостью с ремиссией более года составило 19,5 на 100 пациентов в 2012 году и 19,7 в 2013 году. В те же периоды относительно 2-летней ремиссии: 8,6 – в 2012 году и 8,4 – в 2013 году (Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2012–2013 гг. Статистический сборник. М., 2014.). Таким образом, отдаленные результаты амбулаторной программы медицинской реабилитации значимо превышают

средние показатели годовых и двухлетних ремиссий, а также выше целевых на 2015–2016 гг.

Было интересным посмотреть на наличие и выраженность компонентов первичного влечения к алкоголю в сравнении момента выхода из амбулаторной программы медицинской реабилитации и двухлетней отметки (Таблица 24).

Таблица 24 – Компоненты первичного влечения к алкоголю

Преобладающий компонент первичного влечения	До начала программы (%)	Период выхода из программы (%)	Через два года после выхода из программы (%)
Аффективный	85,79	25,79	18,36
Поведенческий	68,42	20,53	20,41
Идеаторный	64,21	21,58	17,35
Вегетативный	51,58	20,00	22,45
Сенсорный	33,16	6,32	9,18

Видно, что аффективный и идеаторный компоненты продолжили снижение, тогда как сенсорный и вегетативный подросли.

Также было оценено ПВА с помощью визуально-аналоговой шкалы (VAS) (Рисунок 3). Средний балл до лечения и на момент выхода из амбулаторной программы медицинской реабилитации у 104 участников был ниже, чем в целой группе (N = 190), и составлял 70,8 и 21,7 соответственно.



Рисунок 3 – Визуально-аналоговая шкала ПВА

Отмечаем значительное снижение среднего балла влечения к алкоголю по визуально-аналоговой шкале.

В плане изменений интерес вызывает динамика социального статуса: семейного и профессионального. Пациент сам мог выбрать один или несколько вариантов ответов. Данные представлены в Таблице 25.

Таблица 25 – Показатели социальной адаптации пациентов, завершивших амбулаторную программу медицинской реабилитации

Показатель	Число больных (n = 104)	
	Абсолютное значение	%
Сохранили семью	42	40,38
Улучшили семейные отношения	34	32,69
Создали семью	4	3,85
Сохранили работу	40	38,46
Улучшили дисциплину на работе	11	10,58
Нашли работу	22	21,15

Хорошо видно, что 46 участников программы имеют семейный статус, а более половины из них улучшили свои семейные отношения. В отношении профессиональной и трудовой занятости также видна положительная тенденция: 62 человека имеют постоянную работу, в том числе и за счет укрепления трудовой дисциплины. Можно сделать вывод, что использованная амбулаторная программа медицинской реабилитации положительно влияет на показатели социального статуса больных алкогольной зависимостью, что, в свою очередь, приводит к достижению продолжительной и качественной ремиссии.

В заключение приводим корреляцию между показателями количества инъекций пролонгированного налтрексона и длительностью ремиссии в двух подгруппах пациентов: закончивших полный курс (6 инъекций и более; n = 62) и не закончивших (n = 42). Ремиссия в группе получивших полный курс инъекций пролонгированного налтрексона составила 25,5 месяцев, в то время как в подгруппе с незавершенным курсом (3–5 инъекций) ремиссия равнялась 6,5 месяцам (U-test; p = 0,0003, результаты представлены в виде медианы). Можно сделать вывод, что соблюдение курса и режима терапии значимо влияет на длительность ремиссии.

Ниже приводим краткий пример прохождения программы «Точка Трезвости» пациентки из группы № 1.

Пациентка А., 55 лет. Сведений о беременности и родах матери нет. Наследственность по алкоголизму и психическим заболеваниям не отягощена. Когда ей было 6 лет, умер отец. С этого же возраста воспитывалась в семье матерью и отчимом. Имеется младший сводный брат. По словам пациентки, отчим алкоголем не злоупотреблял. Детство, школьные годы без особенностей. Образование высшее экономическое. Замужем с 19 лет. Взрослая дочь имеет свою семью. Работает в семейном бизнесе с дочерью в качестве бухгалтера. Хронических заболеваний нет.

Впервые употребила алкоголь в 18 лет, когда в компании друзей загородом выпили бутылку красного вина. До 38 лет употребление алкоголя эпизодическое, за компанию, иногда на работе по случаю праздника (вино). С 38 лет употребление приобретает постоянный характер. Прием алкоголя четко связан с поездкой в загородный дом, начиная с пятницы. В пятницу поздно вечером – легкие спиртные напитки (пиво), в субботу – крепкие (водка). Обычно выпивала до 80–100 г водки. Алкогольное опьянение сопровождалось эйфорией.

Стали возникать конфликты в семье. По словам пациентки, муж поднимал на нее руку, говорил обидные слова. Обиду заглушала приемом различных спиртных напитков, которые были в доме. Доза принятого алкоголя могла достигать до эквивалента 1 бутылки (500 мл) водки в сутки. Не могла остановиться. Постепенно прием алкоголя терял связь с семейными ссорами. С 2008 года (48 лет) сформировался абстинентный синдром. В его структуре преобладали выраженные дисфорические и сомато-вегетативные расстройства – снижение настроения, общая слабость, головная боль. С этого же момента характер употребления алкоголя становится запойным, от трех до семи дней со светлыми промежутками в четыре–пять месяцев. В период запоя употребляла любые алкогольные напитки, которые были в доме. В сутки могла выпить 3–4 литра пива, бутылку водки. В это время вела себя агрессивно. Обычно члены семьи оставляли ее одну в загородном доме, делая контрольные звонки. Дочь приезжала и привозила еду. Из запоя могла выйти самостоятельно, иногда по настойчивой просьбе дочери к концу недели употребления. Период

восстановления занимал не меньше недели. Обычно в это время приходили мысли о том, что больна и нужно лечиться. Давала себе и окружающим слово, что это в последний раз. Последний запойный эпизод случился в августе – сентябре 2014 года. Пациентка была найдена дома родственниками, без сознания. С ее слов приняла пригоршню каких-то таблеток, но не с целью самоубийства. После реанимационных мероприятий, была переведена в стационарное отделение Алексеевской больницы, где пробыла 3–4 недели. После этого случая приняла решение о необходимости лечиться у специалиста. Дочь помогла с поиском необходимого медицинского учреждения.

Предшествующее лечение. В 2009 году посещала психолога, однако это не помогло.

Характеристика зависимости: основные мотивации злоупотребления алкоголем – в самом начале гедонистическая, затем «заглушить обиду», абстинентная.

В программе находится уже 9 месяцев. Запрос в начале терапии – избавиться от зависимости. Было проведено мотивационное интервью, больной была предоставлена полная информация о ее заболевании, возможностях лечения и выздоровления. В конце сентября 2014 года пациентке была сделана первая инъекция пролонгированного налтрексона (Вивитрол). По словам пациентки абсолютно не было желания выпить. После второй инъекции, в конце октября, случился эпизод употребления алкоголя. Поводом послужили поминки у друзей. Выпила несколько глотков красного вина. Желание выпить больше не появилось. По ее словам не ощутила привычного вкуса вина. После употребления возникло чувство вины. Следующий эпизод случился при праздновании Нового года (4-5-я инъекция), когда в кругу семьи по традиции выпила половину бокала шампанского. Желания продолжить не появилось. Последний эпизод употребления случился, когда отмечали Пасху (7-8-я инъекция). Больная сделала глоток вина, бокал остался недопитым.

За время лечения восстановился интерес к разным аспектам жизни: начала опять вязать и шить, стала много читать. Конфликты в семье прекратились. Со

слов пациентки она начала сначала анализировать сказанное родственниками. В результате перестала реагировать обидой на слова мужа. Муж и дочь поддерживают ее в решении избавиться от зависимости. Недавно бросила курить (с начала апреля 2015 года), хотя еще менее года назад сигарета была постоянным спутником алкоголя.

3.3. Результаты амбулаторной программы медицинской реабилитации в группе родителей с алкогольной зависимостью, в отношении которых органами опеки и попечительства ставился вопрос о лишении родительских прав в связи с невыполнением родительских обязанностей

Данная часть исследования проводилась в рамках комплексной амбулаторной программы в Свердловской области. По данным Министерства социальной политики Свердловской области, в г. Екатеринбурге в 2013 г. было изъято из семей и помещено в детские дома и приюты около 200 детей в связи с употреблением алкоголя их родителями. В г. Екатеринбурге была предпринята попытка сократить масштабы данной проблемы. В связи с этим с ноября 2012 г. на базе ГБУЗ СО «Областной наркологический диспансер» с целью снижения употребления алкоголя родителями в неблагополучных семьях была начата реализация комплексной амбулаторной программы «Точка трезвости» (амбулаторной программы медицинской реабилитации).

Лечение по программе «Точка трезвости» было предложено пациентам, в отношении которых органами опеки и попечительства ставился вопрос о лишении родительских прав в связи с невыполнением родительских обязанностей.

Программа «Точка трезвости» включала психотерапию и внутримышечное введение налтрексона пролонгированного действия. Введение препарата проводилось после купирования абстинентных проявлений зависимости, проведения диагностических мероприятий с целью выявления противопоказаний, оценки мотивационного потенциала. Кроме медикаментозного лечения пациенты получали индивидуальную психотерапевтическую поддержку.

На базе ГБУЗ СО «ОНД» г. Екатеринбурга лечение получили 72 пациента (59 женщин и 13 мужчин), страдающих алкогольной зависимостью. Возраст больных варьировался от 23 до 51 года.

Клиническая эффективность комплексного лечения алкогольной зависимости оценивалась с учетом ИК № 3. Индивидуальные карты заполнялись ежемесячно при визите каждого пациента, включенного в амбулаторную программу медицинской реабилитации – ТТ.

При анализе предыдущего лечения, было выявлено, что большинство пациентов повторно обратились за наркологической помощью. Ранее пациенты лечились от 1 до 8 раз, одна пациентка лечилась стационарно 8 раз и неоднократно амбулаторно. Все лечившиеся пациенты ранее получали психофармакологическое лечение, в том числе аверсивную терапию, проходили сеансы стрессопсихотерапии «кодирование» (от 1 до 5 раз). Предыдущие ремиссии составляли от 1 месяца до 1 года, у 2 пациенток ремиссии после лечения составляли менее месяца. На момент обращения все пациенты высказывали недоверие к новому, «очередному» методу лечения. Кроме того, высказывали идеи, что явились на лечение вынужденно. В связи с этим отношение к лечению на первых этапах было крайне формальным, заинтересованность в эффективности лечения отсутствовала. Практически все пациенты, даже несмотря на то, что ранее обращались за медицинской помощью в наркологическую службу, считали, что в данное время в лечении не нуждаются. Таким образом, большая часть больных была крайне низко мотивирована как на отказ от алкоголя, так и на программу лечения. И факт угрозы лишения родительских прав не всегда являлся мотивирующим для пациентов.

Более 40% пациентов – участников амбулаторной программы медицинской реабилитации – ТТ (n = 29) получили полный курс инъекций пролонгированного налтрексона (6 инъекций). Детальная информация о количестве пациентов, закончивших и не закончивших программу представлена в Таблице 26.

Таблица 26 – Количество пациентов, закончивших программу

Подгруппа	Количество инъекций пролонгированного налтрексона	Количество пациентов (n = 72)	
		Абсолютное число	%
«Закончившие»	6 и более инъекций	29	40,28
«Не закончившие»	1–5 инъекций	43	59,72

Из 29 пациентов, закончивших шестимесячный курс инъекций пролонгированного налтрексона, 10 – получили 8 инъекций, 8 человек – девять.

В процессе лечения 42 пациента (58%) не нарушали режим трезвости. У 16 пациентов (22%) зарегистрированы однократные срывы, у 8 пациентов (11%) – «длительные» срывы в процессе лечения, срывы, которые переходили в рецидив заболевания и требовали дополнительной медикаментозной коррекции. Для 6 пациентов информация не предоставлена. Эффективность терапии в отношении соблюдения режима трезвости была выше среди пациентов, получивших не менее 6 инъекций пролонгированного налтрексона (Таблица 27).

Таблица 27 – Соблюдение режима полной трезвости в подгруппах пациентов

Результат	Количество инъекций пролонгированного налтрексона	
	«Закончившие»	«Не закончившие»
Полная трезвость	22 (75,86%)	20 (46,51%)

Через год после начала амбулаторной программы медицинской реабилитации – ТТ режима полной трезвости придерживались 73, 61% всех участников программы (n = 53). Соотношение участников из двух подгрупп представлено в Таблице 28.

Таблица 28 – Соблюдение режима полной трезвости через год после начала программы

Результат	Количество инъекций пролонгированного налтресона	
	«Закончившие»	«Не закончившие»
Полная трезвость	26 (89,65%)	27 (64,28%)

Видно, что эффективность амбулаторной программы медицинской реабилитации в подгруппе «Закончившие» (6 инъекций пролонгированного

налтрексона и более) выше, чем в подгруппе «Не закончившие» (менее 6 инъекций).

Очевидно, что именно в этой сложной в социальном плане категории пациентов особенно важен такой критерий эффективности терапии и реабилитации, как социальный статус пациента, его динамика. Информация о семейном и трудовом статусе пациентов – участников амбулаторной программы медицинской реабилитации отмечена в Таблице 29. Данные представлены на момент годовичного наблюдения с начала программы.

Таблица 29 – Показатели трудовой адаптации у пациентов – участников амбулаторной программы медицинской реабилитации – ТТ

Динамика признака	Абсолютное число	%
Сохранил работу/ нашел работу	37	51,39

К этому следует добавить, что еще 6 пациенток находятся в декретном отпуске, 1 пациент – инвалид II группы, еще один – пенсионер.

Часть пациенток не собирались устраиваться на работу, однако родственники отмечают, что они стали больше времени уделять домашним делам.

На улучшение жилищных условий указывают 43 пациента (59,72%).

Конечно, одними из самых важных для этой сложной в социальном плане категории пациентов служат изменения в их ситуации с угрозой лишения родительских прав.

После прохождения программы «Точка трезвости» 67 пациентов (93%) сохранили родительские права, возврат детей осуществлен 18 пациентам.

У 8 пациентов дети изъяты (7 из этих пациентов не получили 6 инъекций пролонгированного инъекционного налтрексона), трех пациентов лишили родительских прав. Для 1 пациента – вопрос о решении родительских прав на настоящий момент не решен.

Даже на начальных этапах формирования ремиссии пациентки с алкогольной зависимостью показали положительную динамику семейного статуса. В результате нормализации психического состояния и отсутствия

алкогольного опьянения у пациенток значительно улучшился контакт с детьми, мужьями и другими членами семьи. Пациентки стали больше времени проводить с детьми, полноценно вовлекаясь в решение проблем детей и всей семьи в целом (занялись устройством детей в детский сад, кто-то начал вместе с семьей посещать культурные мероприятия). В ходе психотерапии пациентки стали рассказывать о своих детях, раскрывали свои переживания по поводу детей, их воспитания, сожалели, что, находясь в опьянении, были плохими матерями. На фоне формирующейся трезвости у пациенток в значительной мере менялись запросы на психотерапии. На начальном этапе, в первый месяц, это была преимущественно мотивационная работа, направленная на формирование и поддержание желания отказаться от алкоголя, на поддержание участия в программе лечения. Впоследствии решались задачи другого типа, терапия была направлена на улучшение семейных взаимоотношений, разрешение внутри- и межличностных конфликтов. Например, пациентки с истерическими чертами характера, прекратившие употреблять алкоголь, жаловались, что не получают достаточной поддержки от родных, мужей в связи с их трезвостью. В таких случаях пациенток обучали, как получить позитивное внимание от родных, мужа, не прибегая к алкоголю.

3.4. Результаты амбулаторной программы медицинской реабилитации у пациентов контрольной группы (Группа № 2)

Данная часть исследования проводилась в Краснодарском ГБУЗ «Наркологический диспансер» в 2015 г. В качестве объекта для исследования послужили истории болезни и амбулаторные карты 100 пациентов, мужчин и женщин, которые получали стационарное лечение в виде купирования ААС и в дальнейшем наблюдались амбулаторно, находясь в программе медицинской реабилитации. Объем психофармакологической и психотерапевтической помощи в целом соответствовал соответствующему показателю в основной группе (Группа № 1). Исключение представляло отсутствие инъекций пролонгированного налтрек-сона.

Для качественного сравнения результатов амбулаторной программы медицинской реабилитации больных алкогольной зависимостью было необходимо оценить достаточное количество участников контрольной группы. Для этого мы использовали оценку Флейса, Гайтона и При с уровнем значимости 0,01 и мощностью 0,99. Оказалось, что достоверной будет выборка из не менее 71 пациента. Однако для уменьшения погрешности исследования было принято решение о включении в контрольную группу 100 участников.

Как и в основной группе были выбраны пациенты, которые соответствовали критериям включения в исследование. Истории болезни выбирались подряд до 100 случаев, соответствующих критериям включения. В исследование вошли данные 83 мужчин в возрасте от 23 до 57 лет, средний возраст $42 \pm 0,3$ лет, и 17 женщин в возрасте от 26 до 53 лет, средний возраст $38,7 \pm 1,7$ года.

При анализе медицинской документации было выявлено, что большинство пациентов ($n = 73$; 73,00%) неоднократно обращалась за наркологической помощью. До настоящего поступления в стационар эти пациенты от 2 до 10 раз (в некоторых случаях и более) проходили стационарное либо стационарное и амбулаторное лечение и наблюдение. Таким образом, большинство ранее получали психофармакологическое лечение, включая аверсивную терапию. Ниже, в Таблице 30 представлены данные по факту и длительности ремиссии у пациентов, вошедших в контрольную группу (Группа 2).

Таблица 30 – Анализ ремиссий, предшествующих текущему лечению и наблюдению

Длительность ремиссии до настоящего лечения	Количество пациентов (N = 100)	
	Абсолютное число	%
Не было	33	33,00
1–5 мес.	30	30,00
6–11 мес.	16	16,00
Более 12 мес.	21	21,00

Видно, что у более 60% участников программы в анамнезе отмечены лишь краткосрочные периоды трезвости (до полугода) либо не наблюдались вовсе.

Если учитывать только случаи с хотя бы одной попыткой лечения, стационарного либо амбулаторного ($n = 73$), то картина представлена в Таблице 31.

Таблица 31 – Анализ ремиссий с попыткой лечения, предшествующего настоящей терапии

Длительность ремиссии до настоящего лечения	Количество пациентов (N = 73)	
	Абсолютное число	%
Не было	14	19,18
1–5 мес.	17	23,29
6–11 мес.	28	38,35
Более 12 мес.	14	19,18

Количество пациентов с безремиссионным течением и краткосрочными периодами ремиссий значительно сократилось. Тем не менее, практически у половины пациентов (42,47%) с хотя бы одной попыткой лечения в анамнезе отмечено безремиссионное течение либо с кратковременными периодами трезвости (до полугода).

Таким образом, можно заключить, что из выбранных нами подряд в качестве контрольной группы, практически половина пациентов вошла с тяжелым, безремиссионным течением, многократно обращавшихся за наркологической помощью, с малоэффективными результатами предыдущего лечения.

Для сравнения с Группой № 1 (Подгруппой № 1) были проанализированы этапные итоги амбулаторного наблюдения над контрольной группой (Группа № 2) в течение первых шести месяцев после выписки из стационара, а также одного года. Прежде всего, интересовало количество пациентов, находящихся в состоянии полной трезвости на протяжении полугода (Таблица 32). Также были выявлены случаи срывов и рецидивов заболевания в эти промежутки (Таблица 32).

Таблица 32 – Количество пациентов, сохраняющих полную трезвость в течение полугода и года

Временной промежуток	Количество пациентов (N = 100)	
6 месяцев	31	31,00

12 месяцев	11	11,00
------------	----	-------

Таким образом, при анализе 100 отобранных случаев чуть более 20% сохраняли полную трезвость в результате проведенного лечения и последующего амбулаторного наблюдения (с психотерапевтической поддержкой). К концу первого года вслед за выпиской из стационара всего 11% пациентов находились в полной ремиссии.

Таблица 33 – Количество срывов и рецидивов в течение полугода и года (Группа № 2)

Временной промежуток	Срывы / рецидивы (количество пациентов N = 100)	
6 месяцев	48/31	48,00/31,00
12 месяцев	9/63	9,00/63,00

С течением времени, к концу первого года, число рецидивов заболевания значительно нарастает. В результате к отметке одного года в полной и неполной ремиссии подошло 20 пациентов (20%), что близко к данным федеральной статистики по РФ. Так в 2014 и 2015 году продолжительность ремиссии от одного года до двух составила 11,7 и 12,8% соответственно; ремиссия более 2 лет 11,0 и 11,7% соответственно.

Также при анализе медицинской документации оценивались компоненты первичного патологического влечения к алкоголю. В Таблице 34 представлены данные по динамике компонентов в процессе лечения и амбулаторного наблюдения.

Таблица 34 – Динамика компонентов первичного патологического влечения к алкоголю

Преобладающий компонент патологического влечения	До начала лечения. Число (%) (n = 100)	6 месяцев. Число (%) (n = 100)	12 месяцев. Число (%) (n = 100)
Аффективный	92 (92,00)	73 (73,00)	81 (81,00)
Поведенческий	71 (71,00)	75 (75,00)	80 (80,00)
Идеаторный	70 (70,00)	61 (61,00)	65 (65,00)
Вегетативный	66 (66,00)	45 (45,00)	65 (65,00)

Сенсорный	31 (31,00)	9 (9,00)	30 (30,00)
-----------	------------	----------	------------

Преобладающим первичным компонентом в этой группе, как и в основной, оказался аффективный, присутствующий у подавляющей части пациентов. Заметно снижение практически всех показателей к концу первого полугодия после выписки из стационара. Однако вместе с нарастанием количеств рецидивов растет и частота компонентов первичного патологического влечения к алкоголю, в некоторых случаях даже превышая значения, выявленные в стационаре.

С помощью шкалы VAS (Рисунок 4) было оценено ПВА на момент нахождения в стационаре и при полугодовой и годовой отметках амбулаторного наблюдения и психотерапевтической поддержки.

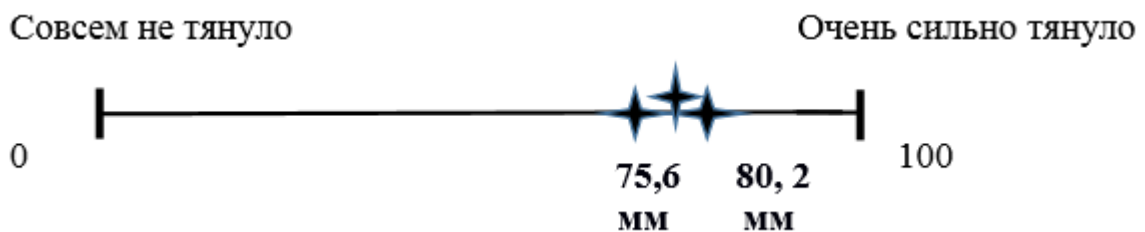


Рисунок 4 – Визуально-аналоговая шкала патологического влечения к алкоголю в Группе № 2 (контрольная)

Обнаружено, что среднее значение в начале лечения по шкале было 80,2 мм, немного снизилась к концу первого полугодия амбулаторного наблюдения. К первому году значение по шкале влечения к алкоголю практически не изменилось, находясь между двумя указанными значениями (77,1 мм).

Для сравнения с Подгруппой № 1 по данным медицинской документации оценили в динамике показатели социального статуса пациентов: семейного и профессионального. Данные на конец первого года представлены в Таблице 35.

Таблица 35 – Социальный статус пациентов в Группе № 2 (один год после выписки)

Изменение признака	Абсолютное число (n = 100)	%
Сохранил / улучшил внутрисемейные отношения	54	54,00
Нашел / сохранил работу	56	56,00

Обращают на себя внимание, более скромные показатели социальных «успехов» пациентов в контрольной группе (Группа № 2) по сравнению с Подгруппой № 1.

При сравнении результатов, полученных в основной группе (Подгруппа № 1) и анализа промежуточных итогов в контрольной (Группа № 2) с использованием методов установления достоверности различий выявлено следующее (Таблица 36).

Таблица 36 – Достоверность различий между результатами / промежуточными итогами в основной (Подгруппа № 1) и контрольной (Группа № 2) группах

Критерий	Группа № 1 (основная). Подгруппа № 1	Группа № 2 (контрольная)	Уровень значимости
Ремиссия 6 мес. (количество пациентов)	155 (81, 58%)	31 (31,00%)	$p > 0,05$
Ремиссия 12 мес. (количество пациентов)	67 (35,26%)	11 (11,00%)	$p > 0,05$
Патологическое влечение к алкоголю (шкала VAS, мм, начало лечения / 6 мес.)	75/24	80/75	$p > 0,05$
Социальный статус: семья – сохранил/улучшил	142 (74,74%)	54 (54,00%)	$p > 0,05$
Социальный статус: работа – сохранил/нашел	153 (80,53%)	56 (56,00%)	$p > 0,05$

Все результаты нахождения в амбулаторной программе медицинской реабилитации «Точка Трезвости» достоверно отличаются от промежуточных итогов лечения и реабилитации в контрольной группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящего исследования было продемонстрировать возможности применения комплексной амбулаторной программы медицинской реабилитации с использованием инъекционного пролонгированного налтрексона и психотерапии для лечения больных алкогольной зависимостью различных категорий.

Одной из основных задач наркологии на сегодняшний день служит достижение стойкой, длительной и качественной ремиссии, которая является важным критерием эффективности лечения алкоголизма. Считается доказанным, что именно в программах медицинской реабилитации достигается восстановление физического, психического и духовного здоровья больных алкогольной зависимостью, их социального (семейного, профессионального) статуса.

Тема оказания лечебно-реабилитационной помощи в условиях амбулатории заслуживает всеобщего внимания из-за высокой доступности, экономичности. В такой программе пациент остается в благоприятной привычной для него среде (семья, работа). Это серьезно повышает мотивацию на выздоровление. Поэтому в «Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года» (2010) именно такой подход нашел отражение. В качестве приоритетных определены следующие задачи развития наркологии: внедрение и развитие малозатратных технологий и стационарозамещающих форм оказания реабилитационной помощи населению, в том числе – амбулаторных форм реабилитации.

Основой для лечения и реабилитации послужила комплексная программа «Точка Трезвости» [Дудко Т. Н., Белокрылов И. В., Ерычев А. Н., 2012], включающая психотерапию и лекарственный компонент. Для снижения уровня патологического влечения к алкоголю в ней использован антагонист опиоидных рецепторов – инъекционный пролонгированный налтрексон, который отлично зарекомендовал себя как в базовых двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях, так и в отдельных работах [Garbut J. C., Kranzler H. R., O Malley S. S., 2005; O Malley S. S., Garbut J. C., Gastfriend D. R., et al., 2007; Дудко Т. Н. и соавт., 2010]. Известно, что в связи с нарушением у больных алкогольной

зависимостью когнитивных функций, низким уровнем мотивации к лечению, анагнозией, негативизмом к проводимому лечению, связанному, как правило, с многочисленными неуспешными попытками в анамнезе, возникают сложности с соблюдением режима терапии. Это серьезно ухудшает результаты лечения [Дудко Т. Н., Сафина Н. Ф., и др., 2010]. Применение инъекционного пролонгированного налтрексона в виде микросфер позволяет поддерживать стабильную концентрацию препарата в крови на протяжении 4 недель, тем самым решая проблему необходимости ежедневного контроля над проводимым лечением как со стороны терапевта, так и самого больного.

Таким образом, передовая форма выпуска антагониста опиоидных рецепторов и эффективное подавление патологического влечения к алкоголю наталкивает на возможность применения его в комплексе с психотерапией у сложных категорий больных с длительным безремиссионным течением, с многочисленными неудачными попытками добиться результата. В том числе в особой категории больных алкогольной зависимостью, у которой само заболевание приводит к тяжелым социальным последствиям как для самого пациента – угроза лишения его родительских прав, так и для государства – в виде появления большого количества социальных сирот. По данным В. Ю. Альбицкого (2007) в 70% случаев именно алкоголизм родителя (родителей) приводил к увеличению количества детдомовцев. Отдельно стоит упомянуть так называемое «скрытое социальное сиротство», когда в связи с неисполнением обязанностей родителями, дети в семьях страдают как в физическом, так и в нравственном плане, поскольку в отличие от социальных сирот остаются незащищенными государством. И здесь основной причиной служит алкоголизм родителей [Сушко Н. Г., 2009].

Учитывая значимые медицинские и социальные последствия алкогольной зависимости родителей для «брошенного» ребенка и экономические – для государства, вопросы предотвращения социального сиротства представляют научный и практический интерес.

Для проведения исследования были выбраны несколько субъектов Российской Федерации: Москва, Краснодарский край, Орловская и Ростовская области, Ямало-Ненецкий автономный округ. В связи с большим количеством набранных участников продолжать отдаленные наблюдения было решено в Краснодарском крае. Еще один регион – Свердловская область – был выбран из-за особой, резонансной, категории пациентов – родителей, страдающих алкогольной зависимостью, в отношении которых органами опеки и попечительства ставился вопрос о лишении родительских прав в связи с невыполнением родительских обязанностей.

Общей характеристикой выбранных групп послужил богатый в плане предпринятых попыток лечения анамнез. Можно сказать, что практически все участники (более 80% от общей выборки) многократно получали амбулаторную или стационарную медицинскую помощь, которая, как правило, приводила к непродолжительным и нестойким ремиссиям (у более 60% пациентов от общей выборки течение алкогольной зависимости было безремиссионным либо с кратковременными, до полугода, ремиссиями). Методы, к которым прибегали терапевты, были разными: от детоксикационной терапии до сложных стационарно-амбулаторных реабилитационных программ. В предшествующем лечении отдельных пациентов иногда присутствовал антагонист опиоидных рецепторов (таблетированный) в сочетании с психотерапевтическим воздействием. Еще одной общей чертой была в целом негативная оценка предшествующего опыта лечения алкогольной зависимости самими участниками программ. Другими словами, помимо тяжелого и среднетяжелого течения заболевания, у пациентов перед вхождением в программу был крайне низкий мотивационный уровень. Все эти особенности были учтены в амбулаторной программе медицинской реабилитации «Точка Трезвости». В процессе программы достигался достаточный уровень терапевтического альянса врач – пациент. Кроме того, в процесс лечения активно вовлекались родственники больного алкогольной зависимостью, что повышало внутрисемейный

мотивационный фон и наряду с психофармакотерапией улучшала результаты лечения.

Анализ полученных результатов показал эффективность комплексной амбулаторной программы медицинской реабилитации для лечения больных алкогольной зависимостью средней стадии. Программа демонстрирует хорошую комплаентность участников к проводимому лечению на протяжении всего курса. Сочетание психотерапевтического воздействия и инъекционного пролонгированного налтрексона приводит к увеличению продолжительности ремиссии, сохранению режима полной трезвости на протяжении не только программы, но и в отдаленных периодах: 12 и 24 месяца после начала программы. Во многих случаях участники, если не отказывались от употребления алкоголя полностью, то значительно снижали объем потребляемого алкоголя, временной период употребления, увеличивался «трезвый» промежуток между алкогольными эксцессами. Ремиссии сопровождались значительным снижением силы патологического влечения к алкоголю; компоненты первичного патологического влечения встречались реже.

Программа положительным образом влияла на социальный статус участников: большая часть из них сохранила или улучшила свои семейные отношения, сохранила профессиональную занятость.

Такие итоги позволяют смотреть с оптимизмом в плане дальнейшего изучения состояния больных алкогольной зависимостью, продолжительность ремиссии от 2 лет и более, ее стойкости и качества в социальном плане.

Выводы

1. По результатам сплошной выборки больных с алкогольной зависимостью, которые состоят под диспансерном наблюдении в медицинских наркологических организациях в 6 субъектах Российской Федерации, установлено, что абсолютное большинство из них страдают тяжелой формой алкогольной зависимости с безремиссионным течением.

2. Включение больных алкогольной зависимостью с тяжелым безремиссионным течением в комплексную амбулаторную программу медицинской реабилитации существенно увеличивает вероятность достижения длительной и хорошего качества ремиссии алкогольной зависимости.

3. Включение в комплексную программу медицинской реабилитации пролонгированного блокатора опиоидных рецепторов существенно увеличивает эффективность лечебно-реабилитационного процесса, повышая вероятность достижения ремиссии алкогольной зависимости за счет эффективного подавления патологического влечения к алкоголю.

4. Включение в программу амбулаторной медицинской реабилитации инъекционного пролонга опиоидных рецепторов позволяет эффективно дезактуализировать патологическое влечение к алкоголю и достоверно увеличить вероятность достижения продолжительной и хорошего качества ремиссии алкогольной зависимости.

5. Комплексная программа медицинской реабилитации с использованием пролонгированного инъекционного налтрексона для тяжелой социальной группы больных алкогольной зависимостью с риском лишения родительских прав является средством терапевтического выбора и позволяет не только достичь состояния продолжительной и хорошего качества ремиссии алкогольной зависимости, но и сохранить у этих пациентов родительские права.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агибалова, Т. В. Комплаенс–психотерапия больных с алкогольной зависимостью / Т. В. Агибалова, И. В. Голощапов, О. В. Рычкова // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 58–64.

2. Агибалова, Т. В. Терапевтический альянс как основной фактор формирования сотрудничества в процессе лечения больных опиоидной зависимостью / Т. В. Агибалова, П. В. Тучин, Д. И. Шустов, О. Ж. Бузик // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – № 5. – Вып. 2: Аддиктивные расстройства. – С. 57–63.

3. Агибалова, Т. В. Значение терапевтического альянса для формирования комплиантного поведения у больных опиоидной наркоманией / Т. В. Агибалова, П. В. Тучин, Д. И. Шустов. // Аддиктивные расстройства: технологии профилактики и реабилитации: материалы III науч.-практ. конф. памяти проф. Юрия Владимировича Валентика (28 октября 2013 г.) [Электронный ресурс] – М., 2013. – Режим доступа: <http://ruspsy.net/phpBB3/viewtopic.php?f=685&t=1382>.

4. Агибалова, Т. В. Стратегия снижения потребления алкоголя как новая возможность в терапии алкогольной зависимости / Т. В. Агибалова, Д. И. Шустов, О. Д. Тучина, А. А., Мухин Г. Л. Гуревич // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, № 3. – С. 61–68.

5. Агибалова, Т. В. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации / Т. В. Агибалова, П. В. Тучин, О. Д. Тучина // Вопросы наркологии. – 2015. – № 3. – С. 87–107.

6. Агибалова, Т. В. Психотерапия в наркологии – обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 1. Психотерапия как эмпирически обоснованный метод лечения / Т. В. Агибалова, Д. И. Шустов, Е. А. Кошкина, О. Д. Тучина // Вопросы наркологии. – 2015 – № 2. – С. 69–82.

7. Агибалова, Т. В. Психотерапия в наркологии – обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный

опыт. Часть 2. Эмпирически-обоснованные методы психотерапии наркологических заболеваний / Т. В. Агибалова, Д. И. Шустов, О. Д. Тучина, П. В. Тучин // Вопросы наркологии. – 2015. – № 5. – С. 46–65.

8. Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. – М. : Медицинское информационное агентство, 2011. – 856 с.

9. Альбицкий, В. Ю. Медико-социальные проблемы современного сиротства / В. Ю., Альбицкий Т. А. Баранов, А. И. Гасиловская [и др.]. – М., 2007.

10. Альтшулер, В. Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии / В. Б. Альтшулер. – М. : ИД «Имидж», 1994. – 216 с.

11. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков. Методическое руководство. Российско-голландский проект, 2002 / под ред. Ф. Траутмана, Ю. Валентика, В. Мельникова. – Ярославль : Добро, 2002. – 314 с.

12. Анастази, А. Психологическое тестирование / А. Анастази, С. Урбина. – СПб. : Питер, 2007. – 688 с.

13. Анонимные Наркоманы. Руководство к работе по шагам в Анонимных наркоманах [Электронный ресурс] / Анонимные Наркоманы. – Режим доступа: <http://www.narcom.ru/selfhelp/virtual.html> (дата обращения: 15.09.2015).

14. Анохина, И. П. Основные биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ / И. П. Анохина // Вопросы наркологии. – 2013. – № 6. – С. 40–59.

15. Анохина, И. П. Этиология и патогенез алкоголизма / И. П. Анохина // Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. – М., 2011. – С. 65–77.

16. Анохина, И. П. Методические рекомендации по изучению лекарственных средств для лечения алкоголизма / И. П. Анохина, Л. Г. Колик; ФГБУ «НЦЭСМП» Минздравсоцразвития России. – М., 2012. – С. 310–333.

17. Бабин, С. М. Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией / С. М. Бабин, А. В. Васильева, А. М. Шлафер // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – №1. – С. 9–16.

18. Балинт, М. Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии / М. Балинт. – М. : «Когито-Центр», 2002. – 256 с.
19. Бандура, А. Теория социального научения / А. Бандура. – СПб. : Евразия, 2000. – 320 с.
20. Баранова, О. В. Современные психотерапевтические методы, применяемые в наркологической практике / О. В. Баранова // Клинические и организационные вопросы наркологии / под ред. Е. А. Кошкиной. – М. : Гениус Медиа, 2011. – С. 272–304.
21. Бассин, Ф. В. О силе «Я» и психологической защите / Ф. В. Бассин // Вопросы философии. – 1969. – № 2. – С. 118–125.
22. Батищев, В. В. Миннесотская модель лечения зависимости от психоактивных веществ / В. В. Батищев, Н. В. Негериш // Вопросы наркологии. – 1999. – № 3. – С. 69–75.
23. Батищев, В. В. Программа «12 шагов» и ее место в лечебно-реабилитационном процессе в стационаре для больных алкоголизмом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45 / Батищев Владимир Викторович. – М., 2002. – 24 с.
24. Бек, А. Т. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Т. Бек, А. Фримен. – СПб. : Питер, Практикум по психотерапии, 2002. – 544 с.
25. Бек, Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство / Дж. С. Бек. – М. : ИД Вильямс, 2006. – 400 с.
26. Белокрылов, И. В. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ / И. В. Белокрылов, И. Д. Даренский // Руководство по наркологии : в 2 т. / под ред. Н. Н. Иванца. – М.: ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – С. 14–18.
27. Белокрылов, И. В. Психотерапия наркологических больных / И. В. Белокрылов, И. Д. Даренский, И. Н. Ровенских // Руководство по наркологии: в 2 т. / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 120–172.
28. Белокрылов, И. В. Комплексная программа лечения пациентов с алкогольной зависимостью / И. В. Белокрылов, Т. Н. Дудко, А. Н. Еричев //

Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием – М., 2009, – С. 51–52.

29. Берн, Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих отношений / Э. Берн. – Красноярск : Фонд ментального здоровья, 1994. – 176 с.

30. Берн, Э. Трансакционный анализ в психотерапии / Э. Берн. – М. : Эксмо, 2008. – 256 с.

31. Берн, Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных / Э. Берн. – Мн.: Попурри, 2006. – 528 с.

32. Блохина, Е. А. Опыт применения Вивитрола (налтрексона пролонгированного действия в инъекциях) в клинической практике для лечения алкогольной зависимости / Е. А. Блохина, Е. М. Крупицкий, Е. А. Брюн // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2010. – № 3. – С. 74–77.

33. Богатырев, Н. В. Понятие комплайенса и проблема измерения комплайенса / Н. В. Богатырев // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. – 2009. – Вып. 116. – С. 260–264.

34. Богданова, М. В. Рефлексия психологической защиты в профессиональной деятельности медицинского психолога / М. В. Богданова. – Тюмень : ТюмГУ, 2003. – С. 12.

35. Богданова, М. В. Деформация системы психологических защит как фактор формирования и поддержания аддиктивного поведения / М. В. Богданова, Е. В. Беседина // Вестник Тюменского государственного университета. – 2011. – № 9. – С. 207–215.

36. Бодалев, А. А. Восприятие и понимание человека человеком / А. А. Бодалев. – М. : Изд-во МГУ, 1982. – 101 с.

37. Боулби, Дж. Привязанность / Дж. Боулби; под общ. ред. Г. В. Бурменской. – М. : Гардарики, 2003. – 477 с.

38. Брюн Е. А. Основы организации наркологической помощи // Наркология. – 2010. – № 4. – С. 7–10.

39. Валентик, Ю. В. Мишени психотерапии в наркологии / Ю. В. Валентик // Лекции по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : Нолидж, 2000. – С. 295–308.
40. Бурдина, М. В. Когнитивно-поведенческая психотерапия алкогольной зависимости в условиях анонимного наркологического кабинета / М. В. Бурдина // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. – СПб., 2006. – С. 152–153
41. Бурно, М. Е. Алкоголизм. Терапия творческим самовыражением / М. Е. Бурно. – М. : Познавательная книга плюс, 2002. – 224 с.
42. Брюн, Е. А. Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных : метод. рекомендации / Е. А. Брюн, Е. А. Кошкина, Т. В. Агибалова [и др.]. – М., 2013. – С. 124.
43. Валентик, Ю. В. Континуальная психотерапия больных алкогольной зависимостью : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Валентик Юрий Валентинович. – М., 1993. – 70 с.
44. Валентик, Ю. В. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы) / Ю. В. Валентик. – М., 2002.
45. Валентик, Ю. В. Реабилитация в наркологии : учебное пособие / Ю. В. Валентик. – М. : Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001.
46. Валентик, Ю. В. Система мотивированной терапии и реабилитации больных алкоголизмом «Путь к здоровью» / Ю. В. Валентик // Вопросы наркологии. – 1996. – № 1. – С. 58–59.
47. Валентик, Ю. В. Терапевтические сообщества – основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманиями / Ю. В. Валентик // Профилактика и реабилитация в наркологии. – 2002. – № 1. – С. 80–90.
48. Валентик, Ю. В. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / Ю. В. Валентик, Н. В. Вострокнутов, А. А. Гериш [и др.] // Профилактика злоупотребления психоактивными веществами : сборник методических материалов по проблеме профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди

несовершен-нолетних и молодежи. – М. : АCADEMIA АПК и ПРО, 2001. – С. 50–97.

49. Валентик, Ю. В. Применение психотерапевтического режима в стационарном лечении больных алкогольной зависимостью/ Ю. В. Валентик, И. Д. Даренский // IV Всероссийский съезд невропатологов и психиатров : материалы съезда. – М., 1990. – Т. 2. – С. 123–124.

50. Валентик, Ю. В. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии / Ю. В. Валентик, О. В. Зыков, М. Г. Цетлин. – М., 1997.

51. Валентик, Ю. В., Клинико-психологическая характеристика установок, формируемых в процессе лечения больных алкоголизмом / Ю. В. Валентик, В. Н. Курышев // Вопр. наркологии. – 1992. – № 3–4. – С. 75–81.

52. Валентик, Ю. В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ/ Ю. В. Валентик, Н. А. Сирота. – М. : Литера-2000, 2002.

53. Винникова, М. А. Клинико-диагностические критерии патологического влечения к наркотику / М. А. Винникова // Вопросы наркологии. – 2001. – № 2. – С. 20–27.

54. Вишнева, С. А. Современные модели реабилитации наркозависимых / С. А. Вишнева // Наркология. – 2008. – № 1. – С. 55–61.

55. Вишнева, С. А. Сравнительный анализ эффективности «12-шаговой» модели реабилитации у больных опиатной наркоманией и алкоголизмом / С. А. Вишнева, В. Б. Овдиенко, Р. В. Бисалиев // Наркология. – 2009. – № 5. – С. 62–66.

56. Власовских, Р. В. Оценка эффективности программы реабилитации зависимых от психоактивных веществ в амбулаторном реабилитационном отделении наркологического диспансера / Р. В. Власовских, И. Б. Гаспер, Л. А. Давлетов [и др.] // Вопросы наркологии. – 2013. – № 3. – С. 60–69.

57. Воробьев, В. С. Применение метода косметического улучшения внешности в системе терапии больных алкоголизмом: методические рекомендации / В. С. Воробьев, Г. И. Бабенков, Ю. И. Коршикова [и др.]. – М., 1985.

58. Гастфренд, Д. Р. Международные подходы к организации системы комплексной реабилитации наркозависимых / Д. Р. Гастфренд, Ю. Б. Шевцова // Наркология. – 2013. – № 3. – С. 16–20.

59. Горски, Т. Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва / Т. Т. Горски. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2013. – 160 с.

60. Гофман, А. Г. острое патологическое влечение к психоактивным веществам (клиника, терапия) / А. Г. Гофман // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. № 3. – С. 105–106.

61. Гофман, А. Г. Формы потребления алкоголя больными алкоголизмом / А. Г. Гофман // Вопросы наркологии. – 2014. – № 1. – С. 104–110.

62. Гофман, А. Г. Эндогенные депрессивные состояния и злоупотребление алкоголем / А. Г. Гофман // Вопросы наркологии. – 2014. – № 3. – С. 120–126.

63. Гофман, А. Г. Алкоголизм и наркомания в России / А. Г. Гофман, И. В. Яшкина, П. А. Понизовский, Т. А. Кожина // Наркология. – 2016. – Т. 15. № 2 (170). – С. 6–12.

64. Гузиков, Б. М. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных : пособие для врачей / Б. М. Гузиков, В. М. Зобнев, В. Л. Ревзин. – СПб., 2000. – 27 с.

65. Гулдинг, М. Психотерапия нового решения. Теория и практика / М. Гулдинг, Р. Гулдинг. – М. : Класс, 2001. – 288 с.

66. Даренский, И. Д. Дифференцированная психотерапия больных алкоголизмом: учебное пособие для врачей / И. Д. Даренский. – М., 1998. – 69 с.

67. Демина, М. В. «Отчуждение» аддиктивной болезни / М. В. Демина, В. В. Чирко. – М. : Медпрактика-М, 2006. – 191 с.

68. Джеймс, М. Рожденные выигрывать. Трансактный анализ с гештальт-упражнениями / М. Джеймс, Д. Джонгвард. – М. : Прогресс, Универс, 1993. – 336 с.

69. Джонсон, В. Метод убеждения: как заставить наркомана или алкоголика лечиться / В. Джонсон. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 2012. – 112 с.

70. Дмитриева, Т. Б. Реабилитационные мероприятия в наркологии, проводимые в амбулаторных условиях / Т. Б. Дмитриева, А. Л. Игонин, Т. В. Клименко [и др.] // Наркология. – 2004. – № 9. – С. 48–52.

71. Дудко, Т. Н. Организационно-правовые и врачебно-этические принципы реабилитации наркологических больных: пособие для врачей / Т. Н. Дудко, М. Г. Цетлин, В. Е. Пелипас. – М. : ФГУ ННЦ Наркологии МЗСР, 2004. – 52 с.

72. Дудко, Т. Н. Принципы, технологии, определение прогноза, порядок оказания реабилитационной помощи больным алкоголизмом / Т. Н. Дудко // Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. – М., 2011. – С. 531–568.

73. Дудко, Т. Н. Проблемы реабилитации наркологических больных и система взаимодействия государственных наркологических учреждений с конфессиональными реабилитационными центрами / Т. Н. Дудко // Наркология. – 2012. – № 4. – С. 70–75.

74. Дудко, Т. Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами / Т. Н. Дудко // Вопросы наркологии. – 2008. – № 3. – С. 80–93.

75. Дудко, Т. Н. Состояние медико-социальной реабилитации наркологических больных в Российской Федерации / Т. Н. Дудко // Вопросы наркологии. – 2013. – № 3. – С. 70–76.

76. Дудко, Т. Н. Терапевтические сообщества / Т. Н. Дудко // Руководство по наркологии : в 2 т. / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 2. – С. 271–290.

77. Дудко, Т. Н. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории : методические рекомендации / Т. Н. Дудко, Л. А. Котельникова. – М., 2004. – 57 с.

78. Дудко, Т. Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии : методические рекомендации / Т. Н. Дудко, В. А. Пузиенко, Л. А. Котельникова. – М., 2001.

79. Дудко, Т. Н. Использование Вивитрола при лечении и реабилитации больных алкоголизмом / Т. Н. Дудко, Н. Ф. Сафина, Т. В. Адамова, Ш. Х. Абрашитов // РМЖ Психиатрия. – 2010. – Том 18, № 6. – С. 1–7.

80. Ережепов, Н. Б. Роль и место противорецидивной и поддерживающей терапии в системе современной наркологической помощи / Н. Б. Ережепов // Наркология. – 2010. – № 12. – С. 62–91.

81. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

82. Зелинская, Д. И. Медицинские проблемы социального сиротства / Д. И. Зелинская // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 8 (1). – С. 5–9.

83. Зенцова, Н. И. Особенности психологической диагностики и коррекции пациентов на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса / Н. И. Зенцова // Наркология. – 2012. – № 2. – С. 20–25.

84. Зобин, М. Теоретические модели аддиктивного влечения: связь с механизмами зависимости и лечением. Часть I / М. Зобин // Неврологический вестник. – 2011 а. – № 3. – С. 44–54.

85. Зобин, М. Теоретические модели аддиктивного влечения: связь с механизмами зависимости и лечением. Часть II / М. Зобин // Неврологический вестник. – 2011 б. – № 4. – С. 65–74.

86. Зобин, М. Теоретические модели аддиктивного влечения: связь с механизмами зависимости и лечением. Часть III / М. Зобин // Неврологический вестник. – 2012. – № 1. – С. 49–58.

87. Иванец, Н. Н. Наркология: национальное руководство / Н. Н. Иванец [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – 720 с.

88. Иванец, Н. Н. Место ситуационно-психологического тренинга в системе реабилитации больных алкоголизмом / Н. Н. Иванец, Ю. В. Валентик //

Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. – Л., 1986. – С. 366–368.

89. Иванец, Н. Н. Вопросы классификации наркологических заболеваний / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова // Руководство по наркологии : в 2 т. / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : ИД Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – С. 189–212.

90. Иванец, Н. Н. Перспективы использования Вивитрола (налтрексона длительного действия в инъекциях) в терапии алкогольной зависимости / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова // Неврология. Психиатрия. – 2008. – № 16 (26). – С. 1790–1796.

91. Иванец, Н. Н. Лечение алкоголизма, наркоманий и токсикоманий (краткое клиническое руководство) / Н. Н. Иванец, И. Д. Даренский, Н. В. Стрелец, С. И. Уткин. – М. : Медпрактика-М, 1998. – С. 60.

92. Иванов, В. П. Об организации социальной защиты граждан России от наркомании на региональном уровне в рамках создаваемой национальной системы социальной реабилитации и ресоциализации / В. П. Иванов // Наркология. – 2012. – № 12. – С. 3–9.

93. Иванова, Т. К. Межведомственное и государственно-общественное партнерство в сфере профилактики и реабилитации наркомании / Т. К. Иванова // Наркология. – 2012. – № 2. – С. 14–16.

94. Илюк, Р. Д. Динамическая многофакторная оценка клинических и психосоциальных характеристик у больных с опийной зависимостью, проходящих реабилитационное лечение / Р. Д. Илюк // Наркология. – 2012. – № 9. – С. 71–79.

95. Интернет ресурс: [www.bio-medicine.org/medicine news/Alcoholism-Drug-Vivitrol-Approved-By-FDA-9455-1](http://www.bio-medicine.org/medicine-news/Alcoholism-Drug-Vivitrol-Approved-By-FDA-9455-1).

96. Каклюгин, Н. В. Нерелигиозная методика коррекции зависимого поведения потребителей наркотиков в терапевтических сообществах «МОНАР2 (Польша) и «Знаменка» (Калининградская область) / Н. В. Каклюгин // Наркология. – 2008. – № 11. – С. 70–79.

97. Катков, А. Л. Управление качеством в системе наркологической помощи / А. Л. Катков // Наркология. – 2009. – № 6. – С. 25–38.

98. Катков, А. Л. Актуальные социальные контексты и условия формирования интегрального движения в психотерапии / А. Л. Катков, В. В. Макаров // Психотерапия. – М., 2010. – № 1 (85). – С. 8–13.

99. Клименко, Т. В. Алкогольная зависимость у женщин с разными формами социального функционирования / Т. В. Клименко, А. А. Кирпиченко; Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – М., 2011.

100. Клименко, Т. В. Комплексный подход к лечению и реабилитации в наркологии / Т. В. Клименко, А. А. Козлов // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее : сб. материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. – 2016. – С. 161.

101. Клинико-диагностические оценки синдрома патологического влечения и отношения к болезни и лечению у больных героиновой наркоманией: методические рекомендации / В. В. Чирко, М. А. Винникова, М. В. Дёмина, А. М. Баринов. – М. : ФГУ ННЦ Наркологии, ММА им. И.М.Сеченова, 2005. – 15 с.

102. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб. : Питер, 2002. – С. 1312.

103. Клинические и организационные вопросы наркологии / В. Б. Альтшулер, О. В. Баранов, Т. Б. Басманова [и др.]; под ред. Е. А. Кошкиной. – М. : Гениус Медиа, 2011. – 580 с.

104. Клинические рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (МКБ 10 F10-F19), и реабилитации больных наркологического профиля. – М. : Ассоциация наркологов России, 2014.

105. Колпаков, Я. В. Когнитивные и поведенческие предикторы мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя / Я. В. Колпаков, В. М. Ялтонский //

Вестник Московского университета. Серия 14, Психология. – 2009. – № 4. – С. 44–54.

106. Колпаков, Я. В. Ценностно-смысловые и эмоциональные предикторы мотивации на лечение у лиц, зависимых от алкоголя / Я. В. Колпаков, В. М. Ялтонский, Г. И. Ромащенко // Вопросы наркологии. – 2009. – № 6. – С. 77–83.

107. Кондрашенко, В. Т. Общая психотерапия / В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской, С. А. Игумнов. – Минск : Высш. школа, 2012. – 496 с.

108. Копейкина, О. В. Медико-социальные проблемы детей, воспитываемыми в доме ребенка, и пути их решения : автореф. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Копейкина Ольга Викторовна. – М., 2003. – 160 с.

109. Короленко, Ц. П. Аддиктология: настольная книга / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – М. : Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. – 536 с.

110. Короленко, Ц. П. Личностные расстройства / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – СПб. : Питер, 2010. – 400 с.

111. Кочюнас, Р. Психотерапевтические группы: теория и практика / Р. Кочюнас. – М. : Академический Проект, 2000. – 240 с.

112. Кошкина, Е. А. Проблемы распространенности болезней зависимости и основные направления совершенствования наркологической помощи в России / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова // Вопросы наркологии. – 2013. – № 6. – С. 10–26.

113. Кошкина, Е. А. Оказание наркологической помощи населению Российской Федерации в 2012 г. / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова, Н. И. Григорова, Л. А. Муганцева, О. И. Гусева // Вопросы наркологии. – 2013. – № 4. – С. 3–18.

114. Кошкина, Е. А. Наркологическая помощь больным алкоголизмом в 2010 г. / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова, В. М. Гуртовенко // Наркология. – 2011. – № 6. – С. 12–25.

115. Кошкина, Е. А. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России / Е. А. Кошкина, Н. И. Павловская, Р. И. Ягудина [и др.] // Наркология. – 2009. – № 11. – С. 11–31/

116. Кривулин, Е. Н. Краткосрочная реабилитация наркозависимых в условиях стационара / Е. Н. Кривулин, С. В. Голодный, Е. В. Охтиркин, С. В. Пермина // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии. – Томск, 2008. – С. 132–133.

117. Крупицкий, Е. М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины / Е. М. Крупицкий // Неврологический вестник. – 2010. – № 3. – С. 25–27.

118. Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению. Нью-Йорк : Организация Объединенных Наций, 2003.

119. Логачева, С. В. Внебольничная психотерапия в системе оказания психиатрической помощи / С. В. Логачева // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. – СПб., 2006. – С. 37–38.

120. Люборски, Л. Принципы психоаналитической психотерапии. Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению / Л. Люборски. – М. : Когито-Центр, 2003.

121. Макаров, В. В. Алкогольная экология / В. В. Макаров // Наркология. – 2009. – № 11. – С. 44–50.

122. Макаров, В. В. Избранные лекции по психотерапии / В. В. Макаров. – М. : Академический проект; Екатеринбург : Деловая книга, 1999. – 416 с.

123. Маклеллан, А. Т. Современные материалы лечения наркомании: обзор фактических данных / А. Т. Маклеллан, Дж. Марсдан; Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк // Наркология. – 2005. – № 3. – С. 29–39.

124. МакМаллин, Р. Практикум по когнитивной терапии / Р. МакМаллин; пер. с англ. Т. Саушкиной. – СПб. : Речь, 2001. – 560 с.

125. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб. : Оверлайд, 1994. – 300 с.

126. Менделевич, В. Д. Аддиктивное влечение / В. Д. Менделевич, М. Л. Зобин. – М. : Медпрессинформ, 2012. – 263 с.

127. Москаленко, В. Д. Зависимость: семейная болезнь / В. Д. Москаленко. – М. : ПЕР СЭ, 2002. – 336 с.

128. Московский психотерапевтический журнал. Специальный выпуск по когнитивной психотерапии. – М., 1996. – № 3. – URL: <http://psyjournals.ru/mpj/1996/n3/>.

129. Московский психотерапевтический журнал. Специальный выпуск по когнитивной психотерапии. – М., 2001. – № 4. – URL: <http://psyjournals.ru/mpj/2001/n4/>.

130. Назыров, Р. К. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами / Р. К. Назыров, М. Б. Ремесло, С. В. Ляшковская [и др.]. – СПб. : СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2014. – 19 с.

131. Наркология: национальное руководство / ред. Н. Н. Иванец, И. П. Анохина, М. А. Винникова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

132. NIDA: тринадцать принципов эффективного лечения наркомании // Вопросы наркологии. – 2000. – № 1. – С. 29–30.

133. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: [федер. закон № 323-ФЗ: принят Гос. Думой 21 ноября 2011 г.] // Российская газета. – 2011. – 23 ноября.

134. Орлов, А. М. Опыт психокоррекции в рамках программы «12 шагов» / А. М. Орлов, Е. О. Казаченко // Социальные, правовые и медицинские последствия алкоголизма и наркоманий : сб. материалов областной научно-практической межведомственной конференции «Проблемы алкоголизации и наркотизации населения Читинской области». – Чита : Поиск, 2001. – С. 193–196.

135. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2011–2012 годах : статистический сборник / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова, О. В. Сидорюк [и др.]. – М., 2013. – 166 с.

136. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2012–2013 г : статистический сборник. – М., 2014.

137. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014–2015 гг. : статистический сборник. – М., 2016.

138. Павлов, И. С. Психотерапия XXI века: от человека с алкогольной зависимостью к трезвеннику / И. С. Павлов // Наркология. – 2005. – № 8. – С. 64–68.

139. Песков, Б. В. Изучение особенностей личности пациентов с зависимостью от психоактивных веществ и степени их активности в длительной амбулаторной программе медико-психо-социальной реабилитации / Б. В. Песков, А. Г. Кузьмина, Н. Н. Махмутова, О. М. Мыльникова // Наркология. – 2011. – № 1. – С. 88–92.

140. Понизовский, П. А. Депрессия у больных с алкогольной зависимостью / П. А. Понизовский, А. Г. Гофман // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – Т. 115. № 7. – С. 146–150.

141. Приказ Минздрава России от 05.11.2013 № 929 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология».

142. Применение комплаенс-психотерапии в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью : методические рекомендации / Т. В. Агибалова, О. В. Рычкова, Г. Л. Гуревич, А. Г. Кузнецов. – М. : ФГУ ННЦ Наркологии МЗСР, 2011. – 25 с.

143. Применение мотивационного интервью в наркологической практике: методические рекомендации / Т. В. Агибалова, О. В. Рычкова, А. Г. Кузнецов, Г. Л. Гуревич. – М. : ФГУ ННЦ Наркологии МЗСР, 2012. – 34 с.

144. Прохоров, А. В. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение / А. В. Прохоров, У. Ф. Велисер, Дж. О. Прочаска // Вопросы психологии. – 1994. – № 2. – С. 113–122.

145. Прохазка, Д. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек / Д. Прохазка, Д. Норкросс, К. ди Клементе. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2013. – 320 с.

146. Прохазка, Д. Системы психотерапии / Д. Прохазка, Д. Норкросс. – М.: Класс, 2007 – 377 с.

147. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского – СПб. : Питер Ком, 1998. – 752 с.

148. Психотерапевтические подходы к больным опиоидной зависимостью с низкой мотивацией на лечение : методические рекомендации / Т. В. Агибалова, Г. Л. Гуревич, О. В. Рычкова, А. Г. Кузнецов, П. В. Тучин, Д. С. Вальчук. – М. : ФГУ ННЦ Наркологии МЗСР, 2012. – 25 с.

149. Пятницкая, И. Н. Общая и частная наркология: руководство для врачей / И. Н. Пятницкая. – М. : Медицина, 2008. – 640 с.

150. Работа с мотивами в процессе психотерапии больных наркоманией: методические рекомендации // И. В. Белокрылов, С. В. Котов, Н. А. Грюнталь, А. Г. Кузнецов, А. О. Каминская, Т. Ю. Рязанцева. – М. : ФГУ ННЦ Наркологии МЗСР, 2009. – 26 с.

151. Роджерс, К. Искусство консультирования и терапии / К. Роджерс. – М. : Апрель Пресс; Эксмо, 2002. – 976 с.

152. Сирота, Н. А. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Наркология. Национальное руководство / ред. Н. Н. Иванец. – М. : Медицинское информационное агентство, 2008.– С. 369–406.

153. Сирота, Н. А. Профилактика в наркологии / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Наркология. Национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 613–628.

154. Соборникова, Е. А. Амбулаторная реабилитация пациентов наркологического профиля : автореф. ... дис. канд. мед. наук : 14.01.27 / Соборникова Екатерина Анатольевна. – М., 2012. – 181 с.

155. Создание всероссийской системы социальной реабилитации наркозависимых // Наркология. – 2010. – № 12. – С. 17–31.

156. Соммерз-Фланаган, Д. Клиническое интервьюирование / Д. Соммерз-Фланаган, Р. Соммерз-Фланаган. – М. : ИД Вильямс, 2006. – 672 с.

157. Стандарты организации и программа реабилитации в наркологии (Стационарное отделение. Полустационар «Дом-на-полпути»): методические рекомендации/ Е. А. Брюн, О. Ж. Бузик, Е. И Сокольчик [и др.]. – М.: Медиа-Студия, 2008.

158. Старшенбаум, Г. В. Формы и методы кризисной психотерапии: методические рекомендации / Г. В. Старшенбаум, А. Г. Амбрумова. – М.: Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1987. – 20 с.

159. Стюарт, Я. Современный транзактный анализ / Я. Стюарт, В. Джойнс. – СПб.: Социально-психологический центр, 1996. – 330 с.

160. Сушко, Н. Г. Скрытое социальное сиротство как социально-психологический феномен / Н. Г. Сушко // Вестник ТОГУ. – 2009. – № 2 (13). – С. 269–276.

161. Тепляков, Б. М. Медико-социальная реабилитация наркологических больных в Свердловской области / Б. М. Тепляков, Н. В. Теплякова, В. В. Матюсович, Е. И. Бабушкина // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009, – С. 176–178.

162. Теркулов, Р. А. Новые законодательные акты и организация медикосоциальной реабилитации наркологических больных / Р. А. Теркулов // Наркология. – 2012. – № 10. – С. 52–54.

163. Траутманн, Ф. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков. Методическое руководство. Российско-голландский проект 2002 / Ф. Траутманн, Ю. В. Валентик, В. Ф. Мельников. – Ярославль: Добро, 2002.

164. Тучин, П. В. Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии в лечении больных опиоидной зависимостью: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Тучин Павел Викторович. – М., 2014. – 184 с.

165. Тучин, П. В. Комплексная психотерапевтическая программа с применением транзактного анализа для лечения больных алкогольной зависимостью / П. В. Тучин // Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства: тез. докл., межд. науч.-практ. конф., 29–30 нояб. 2012 г. – СПб., 2012. – 172 с.

166. Тучина, О. Д. Психотерапия терапевтическим сообществом. Механизмы излечения / О. Д. Тучина // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной патологии : межрег. сб. науч. тр. / под ред. Ю. Ю. Бяловского, В. В. Давыдова. – Рязань : РязГМУ, 2014.

167. Указ Президента РФ от 09.06.2010 № 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года».

168. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома зависимости / Т. В. Агибалова, В. Б. Альтшулер, Е. А. Брюн [и др.]. – М., 2014. – 58 с.

169. Федоров, О. Л. Воспитание социальной компетентности в центрах социальной реабилитации / О. Л. Федоров // Наркология. – 2012. – № 3. – С. 73–75.

170. Формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации: раннее выявление немедикаментозного потребления наркотических средств и психотропных веществ, злоупотребления алкоголем в Центрах здоровья: методические рекомендации [Электронный документ] / Е. А. Брюн, Е. А. Кошкина, О. Ж. Бузик [и др.]. – М. : МНПЦ наркологии ДЗМ, 2011. – Режим доступа: http://minzdrav.saratov.gov.ru/activities/healthy-life-style/?PAGEN_1=4.

171. Фрейджер, Р. Личность. Теории, упражнения, эксперименты / Р. Фрейджер, Д. Фэйдимен. – М. : ОЛМА ПРЕСС, 2004. – 657 с.

172. Холмогорова, А. Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Основные направления современной психотерапии : учебное пособие / ред. А. М. Боковиков – М. : Когито-Центр, 2000. – С. 224–267.

173. Чирко, В. В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия) / В. В. Чирко, М. В. Демина. – М. : Медпрактика. – М., 2002. – 240 с.

174. Чирко, В. В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада / В. В. Чирко, М. В. Демина // Наркология. – 2009. – № 7. – С. 77–85.

175. Шайдукова, Л. К. Модель реабилитации наркозависимых в современном социально-реабилитационном центре / Л. К. Шайдукова // Наркология. – 2012. – № 2. – С. 72–76.

176. Шевцова, Ю. Б. К вопросу о медицинской безопасности работы центров социальной реабилитации для лиц с зависимостью от психоактивных веществ / Ю. Б. Шевцова // Наркология. – 2010. – № 11. – С. 54–56.

177. Штайнер, К. Игры, в которые играют алкоголики / К. Штайнер. – М. : Эксмо, 2003.

178. Штайнер, К. Лечение алкоголизма / К. Штайнер. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК (Авторское переработанное издание на русском языке), 2004. – 224 с.

179. Шустов, Д. И. Анализ супервизионных наркологических случаев / Д. И. Шустов // Вопросы наркологии. – 2014. – № 3. – С. 89–96.

180. Шустов, Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д. И. Шустов. – М. : Когито-Центр, 2005. – 214 с.

181. Шустов, Д. И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия / Д. И. Шустов. – СПб. : СпецЛит, 2016. – 207 с.

182. Шустов, Д. И. Психотерапия алкогольной зависимости в классическом и современном транзакционном анализе / Д. И. Шустов, С. А. Новиков, П. В. Тучин // Российский психотерапевтический журнал. – СПб., 2012. – № 3-4 (4-5). – С. 47–57.

183. Шустов, Д. И. Руководство по клиническому транзактному анализу / Д. И. Шустов. – М. : Когито-Центр, 2009. – 367 с.

184. Эллис, А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход / А. Эллис. – СПб. : Сова; М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 272 с.

185. Эллис, А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / А. Эллис, У. Драйден; пер. с англ. Т. Саушкиной. – 2-е изд. – СПб. : Речь, 2002. – 352 с.

186. Энтин, Г. М. Алкогольная ситуация в России и эффективность опосредованной стресс-психотерапии при лечении больных синдромом алкогольной зависимости / Г. М. Энтин, С. Г. Копоров // Наркология. – 2004. – № 11. – С. 25–32.

187. Эпов, Л. Ю. Применение мотивационной психотерапии при лечении больных с алкогольной зависимостью : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45 / Эпов Лев Юрьевич. – М., 2004. – 159 с.

188. Ялтонский, В. М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ / В. М. Ялтонский // Вопр. нарк. – 2009. – № 6. – С. 68–76.

189. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change / A. Bandura // Psychological Review. – 1977. – No. 84. – P. 191–215.

190. Beck, A. T. Cognitive Therapy of Depression / A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, et al. – New York : Guilford Press. – 1979. – P. 38.

191. Benjamin, D. Naltrexone reverses ethanol-induced dopamine release in the nucleus accumbens in awake, freely moving rats / D. Benjamin, E. Grant, L. A. Pohorecky // Brain Res. – 1993. – V. 621. – P. 137–140.

192. Bien, T. H. Brief interventions for alcohol problems: a review / T. H. Bien, W. R. Miller, J. S. Tonigan // Addiction. – 1993. – No. 88. – P. 315–336.

193. Blum, K. The Addictive Brain: All Roads Lead to Dopamine / K. Blum, A. Chen, J. Giordano, et al. // J. Psychoactive Drugs. – 2012. – No. 44 (2). – P. 134–143.

194. Boden, J. M. Alcohol and depression / J. M. Boden, D. M. Fergusson // Addiction. – 2011. – Vol. 106, Issue 5. – P. 906–914.

195. Bolton, J. M. Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / J. M. Bolton, J. Robinson, J. Sareen // J. Affect Disord. – 2009. – No. 115 (3). P. 367–375 [DOI: 10.1016/j.jad.2008.10.003].

196. Boschloo, L. Alcohol-use disorder severity predicts first-incidence of depressive disorders / L. Boschloo, W. van den Brink, B. W. Penninx, et al. // Psychol. Med. – 2012. – No. 42 (4). – P. 695–703 [DOI: 10.1017/s0033291711001681].

197. Brady, K. Extended-Release Naltrexone (XR-NTX) in Inpatient Rehab Post-Detox: Retention, Readmission, Clinical Experience & Implication for Managed Care / K. Brady, P. Herschman, G. Shulman, D. R. Gastfriend // The AAAP Annual Meeting. – December. – 2012.

198. Breese, G. R. Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse / G. R. Breese, R. Sinha, M. Heilig // Pharmacol. Ther. – 2011. – No. 129 (2). – P. 149–171.

199. Brust, J. C. M. Neurological aspects of substance abuse / J. C. M. Brust. – 2nd ed. – Philadelphia : Elsevier Inc., 2004. – 477 p.

200. Crum, R. M. A prospective assessment of reports of drinking to self-medicate mood symptoms with the incidence and persistence of alcohol dependence / R. M. Crum, R. Mojtabai, S. Lazareck, et al. // JAMA Psychiatry. – 2013. – No. 70 (7). – P. 718–726 [DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1098].

201. Cook, C. H. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part 1. The philosophy and the programmer / C. H. Cook // British Journal of Addiction. – 1988. – Vol. 83. – P. 625–634.

202. Davis, V. E. Alcohol, amines, and alkaloids: A possible biochemical basis for alcohol addictions / V. E. Davis, M. J. Wolesh // Science. – 1970. – V. 167. – P. 1005–1007.

203. Dean, G. L. The preclinical development of medisorb naltrexon, a once a month long-acting injection, for the treatment of alcohol dependence / G. L. Dean // Frontiers in Bioscience. – 2005. – No. 10. – P. 643–655.

204. Drogen, W. R. Alcohol und suizid / W. R. Drogen. – Stuttgart, 1983.

205. Dunbar, J. D. Single and multiple dose pharmacokinetics of long-acting naltrexone / J. D. Dunbar, R. Z. Turncliff, Q. Dong, et al. // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2006. – No. 30. – P. 480–490.

206. Drummond, D. C. Current status of pH-sensitive liposomes in drug delivery / D. C. Drummond, M. Zignani, J. Leroux // Prog. Lipid. Res. – 2000. – V. 39. – № 5. – P. 409–460.

207. Feldstein Ewing, S. W. Proposed model of the neurobiological mechanisms underlying psychosocial alcohol interventions: the example of motivational interviewing / S. W. Feldstein Ewing, F. M. Filbey, C. S. Hendershot, et al. // *J. Stud. Alcohol. Drugs.* – 2011. Nov. – No. 72 (6). – P. 903–916.

208. Feldstein Ewing, S. W. How psychosocial alcohol interventions work: A preliminary look at what fMRI can tell us / S. W. Feldstein Ewing, F. M. Filbey, A. Sabbineni, et al. // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* – 2011. – No. 35. – P. 643–651.

209. Foster, J. H. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission / J. H. Foster, E. J. Marshall, T. J. Peters // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2000. – Vol. 24, № 11. – P. 1687–1692.

210. Frochlich, J. C. Naloxone attenuates voluntary ethanol intake in rats selectively bred for the high ethanol preference / J. C. Frochlich, J. Harts, L. Lumeng, T. K. Li // *Pharmacol. biochem. Behav.* – 1990. – V. 35. – P. 385–390.

211. Garbut, J. C. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial / J. C. Garbut, H. R. Kranzler, S. S. O Malley, et al. // *JAMA.* – 2005. – V. 293. – P. 1617–1625.

212. Gastfriend, D. R. Durability of effect of long-acting injectable naltrexone / D. R. Gastfriend, Q. Dong, J. Loewy, et al. // Presented at: Annual Meeting of the American Psychiatric Association. – Atlanta, GA, 2005.

213. Gastfriend, D. R. Durability of Effect of Long-Acting Injectable Naltrexone / D. R. Gastfriend, Q. Dong, J. Loewy et al. // *The Journal of Family Practice.* – March 2006. – Vol. 5, No. 3. – URL: <http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=3931>.

214. Gastfriend, D. R. Treatment matching: Theoretic basis and practical implications / D. R. Gastfriend, A. T. MacLellan // *Medical Clinics of North America.* – 1997. – No. 81 (4). – P. 945–966.

215. Gessa, G. L. Low doses of ethanol activate dopaminergic neurons in the ventral tegmental area / G. L. Gessa, F. Muntoni, M. Collu, et al. // *Brain Res.* – 1985. – V. 348. – P. 201–203.

216. Hartzler, B. Self-efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence / B. Hartzler, K. Witkiewitz, N. Villarroel, D. Donovan // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2011. – Vol. 25 (2). – P. 269–278.

217. Hauser, J. Analiza czynnikow klinicznych u pacjentow z zespolem zaleznosci alkoholowej na podstawie 3-letnich badan prospektywnych / J. Hauser, W. Szczepanska, A. Glodowska // *Psychiatr. Pol.* – 1995. – № 29. – V. 1. – P. 129–138.

218. Higley, A. E. Craving in response to stress induction in a human laboratory paradigm predicts treatment outcome in alcohol-dependent individuals / A. E. Higley, N. A. Crane, A. D. Spadoni, et al. // *Psychopharmacology (Berl)*. – 2011. – Vol. 218 (1). – P. 1536–1539.

219. Hone-Blanchet, A. The Use of Virtual Reality in Craving Assessment and Cue-Exposure Therapy in Substance Use Disorders / A. Hone-Blanchet, T. Wensing, S. Fecteau // *Frontiers in Human Neuroscience*. – 2014. – Vol. 8 (1). – P. 844 [doi:10.3389/fnhum.2014.00844].

220. Hone-Blanchet, A. The Use of Virtual Reality in Craving Assessment and Cue-Exposure Therapy in Substance Use Disorders Front / A. Hone-Blanchet, T. Wensing, S. Fecteau. // *Hum. Neurosci.* 17. – URL: <http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2014.00844>.

221. Hubbell, C. L. Consumption of ethanol solution is potentiated by morphine and attenuated by naloxone persistently across repeated daily administrations / C. L. Hubbell, S. A. Czirr, G. A. Hunter, et al. // *Alcohol*. – 1986. – V. 3. – P. 39–54.

222. Jonas, W. *Mosby's Dictionary of Complementary and Alternative Medicine* / W. Jonas. – Elsevier, 2005. – URL: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com>.

223. Kaplan, H. I. *Clinical psychiatry (from synopsis psychiatry)* / H. I. Kaplan, B. J. Sadock; пер. – М. : Медицина, 1994. – Т. 1. – С. 147–231.

224. Kennard, D. *An introduction to therapeutic communities* / D. Kennard // L. etc.: Routledge & Kegan P. – 1993. – Vol. XII. – P. 196.

225. Kissin, B. *Prognostic factors in alcoholism* / B. Kissin, S. M. Rosenblatt, S. Machover // *The addictive states*. – N. Y., Baltimor. – 1968. – P. 22–43.

226. Kranzler, H. R. Effect of long-acting injectable Naltrexone on Quality of Life / H. R. Kranzler, Liou Song, et al. – URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/18>.

227. Krupitskiy, E. Injectable extended-release naltrexone for opioid dependence: a double-blind, placebo-controlled, multicentre randomised trial / E. Krupitskiy et al. // *Lancet*. – 2011. – № 377. – Pp. 1506–1513.

228. Krupitsky, E. M. Injectable extended-release naltrexone for opioid dependence: long-term safety and effectiveness / E. M. Krupitsky, E. V. Nunes, W. Ling, et al. // *Addiction*. – 2013. May 24 [doi 10.1111/add. 12208].

229. McLellan, A. T. Problem-service ‘matching’ in addiction treatment. A prospective study in 4 programs / A. T. McLellan, G. R. Grissom, D. Zanis, et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1997. Aug. – № 54 (8). – P. 730–735.

230. O’Connor, P. G. Social and clinical features as predictors of outcome in outpatient alcohol withdrawal / P. G. O’Connor, L. D. Gottlieb, M. L. Kraus, et al. // *J. Gen. Intern. Med.* – 1991. – V. 6. – № 4. – P. 312–316.

231. O Malley, S. S. Efficacy of Extended-Release Naltrexon in Alcohol-Depended Who are Abstinent Before Treatment / S. S. O Malley, J. C. Garbut, D. R. Gastfriend, et al. // *J. Clin. Psychopharm.* – 2007. – V. 27. – № 5. – P. 507–512.

232. Polak, K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome / K. Polak // *Psychiatr. Pol.* – 2001. – Vol. 35, № 6. – P. 1057–1070.

233. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids // *Suppl. to the Amer. J. Psych.* – 1995. – Vol. 152, No. 11. – 59 p.

234. Richter, D. High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients – heavy users or chronically ill patients? / D. Richter, A. Venzke, J. Settelmayer, Reker // *Psychiatr. Prax.* – 2002. – Vol. 29, № 7. – P. 364–368.

235. Robinson, J. Role of Self-medication in the Development of Comorbid Anxiety and Substance Use Disorders: A Longitudinal Investigation / J. Robinson, J.

Sareen, B. J. Cox, J. M. Bolton // Arch. Gen. Psychiatry. – 2011 – No. 68 (8). – P. 800–807.

236. Scholz, H. Die Rehabilitation bei chronischen Alkoholismus / H. Scholz. – Stuttgart, 1986.

237. Seitz, A. Association between craving and attention deficit/hyperactivity disorder symptoms among patients with alcohol use disorders / A. Seitz, M. Wapp, Y. Burren, et al. // Am. J. Addict. – 2013. – Vol. 22 (3). – P. 292–296.

238. Stevens, K. E. Hippocampal mu-receptors mediate opioid reinforcement in the CA3 region / K. E. Stevens, G. Shiotsu, Stein L. // Brain. Res. – 1991. – V. 545. – №1–2. – P. 8–16.

239. Swift, R. M. Naltrexone-induced alterations in human ethanol intoxication / R. M. Swift, W. Whelihan, O. Kuznetsov, et al. // Am. J. Psychiatry. – 1994. – V. 151. – P. 1463–1467.

240. Tiffany, S. T., Conklin, C. A. // Addictions. – 2000. – V. 95, suppl. 2. – P. 145–153, 260, 268–269.

241. Volkow, N. Drug abuse and addiction research at NIDA: recent progress and future directions / N. Volkow // Доклад на международном рабочем совещании «Фармакотерапия наркоманий: фундаментальные и клинические исследования» (СПб., 28.09.–01.10.2003). – СПб., 2003.

242. Volpicelli, J. G. Naltrexon and alcohol dependence. Role of subject compliance / J. G. Volpicelli, K. C. Ghines, J. S Ghines, et al. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1997. – No. 54. – P. 737–742.

243. Volpicelli, J. G. Sustained-release naltrexon formulations for the treatment of alcohol and opioid dependence / J. G. Volpicelli, M. Fenton // Future Neurol. – 2006. – No. 1 (4). – P. 1–10.

244. Volpicelli, J. R. Effect of naltrexon on alcohol «high» in alcoholics / J. R. Volpicelli, N. T. Watson, A. C. King, et al. // Am. J. Psychiatry. – 1995. – V. 152. – P. 613–615.

245. Wolitzky-Taylor, K. Longitudinal investigation of the impact of anxiety and mood disorders in adolescence on subsequent substance use disorder onset and vice

versa / K. Wolitzky-Taylor, L. Bobova, R. E. Zinbarg, et al. // *Addict. Behav.* – 2012. – No. 27: – P. 982–985.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А.

Исследование «Оценка эффективности амбулаторных программ медико-социальной реабилитации для больных алкогольной зависимостью»

Информированное согласие пациента, участвующего в исследовании

Название исследования: «Оценка эффективности амбулаторных программ медико-социальной реабилитации для больных алкогольной зависимостью»

Уважаемый пациент!

Вам предлагается принять участие в научном клиническом исследовании. Тщательно прочтите приведенные ниже сведения и задайте врачу-исследователю все интересующие Вас вопросы до того, как подпишите эту форму, – Вы имеете право полностью понять всю содержащуюся в нем информацию. Если Вам встретятся незнакомые термины или будет непонятен смысл написанного, врачи, участвующие в проведении исследования, предоставят Вам все необходимые разъяснения.

Настоящий документ содержит информацию, касающуюся целей и схемы проведения исследования. Вы узнаете о том, какие данные о Вас будут получены в ходе исследования, и о тех, кто будет иметь доступ к этим данным. Кроме того, Вы узнаете о тех выгодах и о том возможном риске, который связан с Вашим участием в исследовании.

Если Вы согласитесь участвовать в этом исследовании, то Вам будет нужно подписать эту форму на последней странице.

Зачем проводят это исследование?

Необходимость исследования обусловлена дополнительным изучением особенностей картины заболевания у пациентов с зависимостью от алкоголя. Благодаря этому можно будет с большей эффективностью предоставлять лечебную и реабилитационную помощь, основанную на применении современной лекарственной терапии совместно с психотерапевтическими методами.

В чём особенности лечения пациента с зависимостью от алкоголя?

Лечение и последующая реабилитация при алкогольной зависимости на данный момент продолжает оставаться актуальным и активно обсуждаемым вопросом. Одной из причин этого, в частности, является и то, что решение об изменении аддиктивного поведения является преимущественно личным и ответственным поступком зависимого человека. В большинстве стран лечение от алкогольной зависимости основывается на принципе добровольности, и лечебная и реабилитационная система не может заставить человека пройти лечение или изменить течение заболевания, если последний не заинтересован в этом. Более того, решение об изменении и поиск лечения от алкогольной зависимости основывается на том, как пациент сам воспринимает проблему злоупотребления алкоголем, а в основе лечебного процесса лежит помогающий агент – врач, который не может принуждать, а только поощряет пациента в сложившейся терапевтической обстановке. Поиск приемлемых путей комплексного сочетания лекарственной терапии и психотерапии является одним из сложных и перспективных направлений.

Какие препараты будут использоваться в исследовании?

При проведении исследования совместно с психотерапией будет использован современный препарат – инъекционный налтрексон с пролонгированным действием. Применение препарата будет производиться в соответствии с утвержденными стандартами оказания наркологической помощи. Этот препарат в рамках исследования (6 инъекций) будет предоставлен Вам бесплатно.

Что мне нужно будет делать?

Врач подробно расспросит Вас о состоянии Вашего здоровья и обследует Вас. Если анамнез покажет, что Ваше состояние отвечает необходимым критериям, Вы будете включены в исследование.

Врач будет обследовать Вас на протяжении всего периода наблюдения, проводить общую оценку Вашего состояния. При каждом собеседовании с лечащим врачом (в начале лечения, каждый месяц в процессе постановки инъекции (6 инъекций), а также в течение полутора лет после последней инъекции) Вам необходимо будет ответить на вопросы, ответы на которые врач занесет в индивидуальную карту, а также самостоятельно оценить проводимое лечение и самочувствие. В процессе постановки инъекции (6 раз) Вам, помимо лекарственного лечения, врач будет вести с Вами психокоррекционную беседу, направленную на информирование об особенностях течения заболевания, важности соблюдения терапевтических схем.

Какой пользы я могу ожидать от участия в исследовании?

В рамках проводимого исследования Вы можете увидеть основные направления, по которым выстраивается работа с лечащим врачом, отследить изменения в патологическом влечении к спиртному в связи с применением пролонгированного инъекционного налтрексона совместно с психотерапией и своим психологическим состоянием. Таким образом, участие в программе медико-социальной реабилитации позволит Вам сделать более эффективным лечение от алкогольной зависимости.

Могу ли я отказаться от исследования?

Да. Ваше участие в этом исследовании является добровольным. Вы можете отказаться от него или прекратить участие в нем в любое время, оповестив об этом врача-исследователя, без потери каких-либо преимуществ, на которые Вы имели право. Если Вы покинете исследование, Вы можете получить рекомендации по стандартному лечению Вашего заболевания.

Смогу ли я принимать участие в исследовании, если не подпишу информированное согласие?

Нет. Если Вы решите не подписывать эту форму, Вы не сможете принять участие в исследовании.

Я прочитал данную форму информированного согласия**Я был осведомлен о:**

- 1) целях данного исследования;
- 2) критериях, которые будут использованы с целью определения эффекта медико-реабилитационной программы;

Мною в письменном виде была получена вышеназванная информация и ответы на все мои вопросы. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в испытании. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были занесены в архив, обеспечивающий гарантию защиты лицам, определенными законодательством.

Фамилия, имя, отчество пациента

Подпись пациента

Дата

Пациенту выдано информированное согласие (ИС). В присутствии исследователя пациент прочитал ИС, на все возникшие вопросы были даны ответы. Пациент подписал ИС на участие в исследовании. Экземпляр ИС выдан пациенту на руки.

Фамилия, имя, отчество исследователя

Подпись исследователя

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА № 1

Город _____

Пол пациента _____

Возраст _____

Клиническая часть.**Данные анамнеза.****1. Есть ли у пациента в семье больные алкоголизмом или наркоманией (кровные родственники):**

отец		мать	
брат		сестра	
двоюродный брат по ОТЦУ		двоюродный брат по МАТЕРИ	
двоюродная сестра по ОТЦУ		двоюродная сестра по МАТЕРИ	
дядя по отцу		дядя по матери	
тетка по отцу		тетка по матери	
дед по отцу		дед по матери	
бабка по отцу		бабка по матери	
прочие		не знает	НЕТ

2. Толерантность до начала лечения инъекционным пролонгированным налтрексоном и вид употребляемого напитка (мл\сут): _____**3. Предыдущее лечение: амбулаторное ___раз, стационарное ___раз, первичное обращение ___**

Предыдущие методы терапии	«Кодирование»	Торпедо, эспераль	Дисульфирам таблетки, колме	Налтрексон таблетки	Медико-социальная реабилитация в реабилитационном отделении или центре	Посещение АА
Срок лечения, год лечения						
Срок ремиссии						

4. Форма злоупотребления алкоголем

Форма злоупотребления алкоголем	До начала лечения за последний год		После лечения	
	длительность	количество	длительность	количество
Псевдозапой				
Истинные запои				
	До начала лечения за последний год		После лечения	
Постоянная на фоне низкой толерантности				
Перемежающаяся				

Постоянная на фоне высокой толерантности		
--	--	--

5. Перенесенные психозы

Перенесенные алкогольные психозы (Делирий, Галлюциноз, Делирий + Галлюциноз)	Были, количество	Не было

6. Полинаркомания

Употребляет ли наркотики сейчас (указать какой наркотик)	
Пробовал ли наркотики ранее (указать какие)	
Была ли сформирована зависимость ранее (указать какие и с какого возраста)	
Сочетанное употребление с алкоголем (указать, какой наркотик)	
Сформированы ли прочие виды зависимости, в т. ч. игромания (указать вид)	

7. Динамика во время лечения

Номер, дата инъекции инъекционного пролонгированного налтрексона	Было ли употребление алкоголя за период между инъекциями (нужное обвести)		Ритм употребления спиртного (1 раз в неделю, ежедневно, несколько раз в неделю, реже 1 раза в неделю)	Количество употребленного алкоголя за период между инъекциями (вид напитка и дозы за месяц)	Изменение качества опьянения (отсутствие эйфории или эйфория сохранена, другое)	Единичные употребления перешли в запой (нужное обвести)	
	Да	Нет				Да	Нет
№ 1 ____\2013	Да	Нет				Да	Нет
№ 2 ____\2013	Да	Нет				Да	Нет
№ 3 ____\2013	Да	Нет				Да	Нет
№ 4 ____\2013	Да	Нет				Да	Нет
№ 5 ____\2013	Да	Нет				Да	Нет
№ 6 ____\2013	Да	Нет				Да	Нет

Преобладающий компонент первичного влечения (по Альтшулеру)	До лечения	После лечения
Аффективный		
Поведенческий		
Идеаторный		
Вегетативный		

8. Визуально-аналоговая шкала влечения к алкоголю (VAS)-НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ

На данном отрезке штрихом отметьте силу Вашего влечения к алкоголю

Совсем не тянуло

Очень сильно тянуло



Значение в ММ

Визуально-аналоговая шкала влечения к алкоголю (VAS) ПО ОКОНЧАНИИ ЛЕЧЕНИЯ

На данном отрезке штрихом отметьте силу Вашего влечения к алкоголю

Совсем не тянуло

Очень сильно тянуло



Значение в ММ

Рекомендация по окончании курса ВРАЧА (указать):

Выбор по окончании курса ПАЦИЕНТА (подчеркнуть): продление курса **инъекционным пролонгированным налтрексоном**, самостоятельная трезвость, периодическое консультирование у врача, реаб. центр, посещение групп АА, другое (подчеркнуть)

Примечания:

Социально-экономическая часть

1. Семейные отношения

Объективные признаки	До начала лечения	После лечения
Развод		
Вступление в брак (гражданский брак)		
Количество несовершеннолетних детей, проживающих вместе		
Субъективные признаки	До начала лечения	После лечения
Стабилизация семейных отношений		
Появление постоянного партнера		
Самостоятельное проживание		

2. Образование и трудовые отношения

	До начала лечения за последний год (нужное обвести)		После лечения	
Образование	Неполное среднее		Неполное среднее	
	Среднее		Среднее	
	Среднеспециальное		Среднеспециальное	
	Неоконченное высшее		Неоконченное высшее	
	Высшее		Высшее	
Среднемесячная заработная плата	До 10 000 руб.		До 10 000 руб.	
	От 10 000 до 30 000 руб.		От 10 000 до 30 000 руб.	
	Свыше 30 000 руб.		Свыше 30 000 руб.	
Объективные и субъективные признаки:	До начала лечения за последний год		После лечения	
Продолжили трудовую деятельность				
Были уволены				
Устроились на работу				
Продолжили обучение				
Были отчислены из учебных заведений				
Поступили на учебу				
Пенсионер				
Количество пропусков работы без уважительной причины				
Наличие конфликтных ситуаций на рабочем месте				
Другие признаки:				
Количество госпитализаций в связи со злоупотреблением алкоголя				
Водит ли автомобиль	Да	Нет	Да	Нет
Неоднократное употребление алкоголя в рискованных ситуациях (например, за рулем или перед работой, требующей хорошей координации движений и быстрых реакций).	Да	Нет	Да	Нет

Примечания:

Приложение Б.

Исследование «Оценка эффективности амбулаторных программ медико-социальной реабилитации для больных алкогольной зависимостью»

Уважаемый пациент!

Вам предлагается принять участие в научном клиническом исследовании. Тщательно прочтите приведенные ниже сведения и задайте врачу-исследователю все интересующие Вас вопросы до того, как подпишите эту форму, – Вы имеете право полностью понять всю содержащуюся в нем информацию. Если Вам встретятся незнакомые термины или будет непонятен смысл написанного, врачи, участвующие в проведении исследования, предоставят Вам все необходимые разъяснения.

Настоящий документ содержит информацию, касающуюся целей и схемы проведения исследования. Вы узнаете о том, какие данные о Вас будут получены в ходе исследования, и о тех, кто будет иметь доступ к этим данным. Кроме того, Вы узнаете о тех выгодах и о том возможном риске, который связан с Вашим участием в исследовании.

Если Вы согласитесь участвовать в этом исследовании, то Вам будет нужно подписать эту форму на последней странице.

Зачем проводят это исследование?

Необходимость исследования обусловлена дополнительным изучением особенностей картины заболевания у пациентов с зависимостью от алкоголя. Благодаря этому можно будет с большей эффективностью предоставлять лечебную и реабилитационную помощь, основанную на применении современной лекарственной терапии совместно с психотерапевтическими методами.

В чём особенности лечения пациента с зависимостью от алкоголя?

Лечение и последующая реабилитация при алкогольной зависимости на данный момент продолжает оставаться актуальным и активно обсуждаемым вопросом. Одной из причин этого, в частности, является и то, что решение об изменении аддиктивного поведения является преимущественно личным и ответственным поступком зависимого человека. В большинстве стран лечение от алкогольной зависимости основывается на принципе добровольности, и лечебная и реабилитационная система не может заставить человека пройти лечение или изменить течение заболевания, если последний не заинтересован в этом. Более того, решение об изменении и поиск лечения от алкогольной зависимости основывается на том, как пациент сам воспринимает проблему злоупотребления алкоголем, а в основе лечебного процесса лежит помогающий агент – врач, который не может принуждать, а только поощряет пациента в сложившейся терапевтической обстановке. Поиск приемлемых путей комплексного сочетания лекарственной терапии и психотерапии является одним из сложных и перспективных направлений.

Какие препараты будут использоваться в исследовании?

При проведении исследования совместно с психотерапией будет использован современный препарат – инъекционный налтрексон с пролонгированным действием. Применение препарата будет производиться в соответствии с утвержденными стандартами оказания наркологической помощи. Этот препарат в рамках исследования (6 инъекций) будет предоставлен Вам бесплатно.

Что мне нужно будет делать?

Врач подробно расспросит Вас о состоянии Вашего здоровья и обследует Вас. Если анамнез покажет, что Ваше состояние отвечает необходимым критериям, Вы будете включены в исследование.

Врач будет обследовать Вас на протяжении всего периода наблюдения, проводить общую оценку Вашего состояния. При каждом собеседовании с лечащим врачом (в начале лечения, каждый месяц в процессе постановки инъекции (6 инъекций), а также в течение полутора лет после последней инъекции) Вам необходимо будет ответить на вопросы, ответы

на которые врач занесет в индивидуальную карту, а также самостоятельно оценить проводимое лечение и самочувствие. В процессе постановки инъекции (6 раз) Вам, помимо лекарственного лечения, врач будет вести с Вами психокоррекционную беседу, направленную на информирование об особенностях течения заболевания, важности соблюдения терапевтических схем.

Какой пользы я могу ожидать от участия в исследовании?

В рамках проводимого исследования Вы можете увидеть основные направления, по которым выстраивается работа с лечащим врачом, отследить изменения в патологическом влечении к спиртному в связи с применением пролонгированного инъекционного налтрексона совместно с психотерапией и своим психологическим состоянием. Таким образом, участие в программе медико-социальной реабилитации позволит Вам сделать более эффективным лечение от алкогольной зависимости.

Могу ли я отказаться от исследования?

Да. Ваше участие в этом исследовании является добровольным. Вы можете отказаться от него или прекратить участие в нем в любое время, оповестив об этом врача-исследователя, без потери каких-либо преимуществ, на которые Вы имели право. Если Вы покинете исследование, Вы можете получить рекомендации по стандартному лечению Вашего заболевания.

Смогу ли я принимать участие в исследовании, если не подпишу информированное согласие?

Нет. Если Вы решите не подписывать эту форму, Вы не сможете принять участие в исследовании.

Я прочитал данную форму информированного согласия

Я был осведомлен о:

- 1) целях данного исследования;
- 2) критериях, которые будут использованы с целью определения эффекта медико-реабилитационной программы;

Мною в письменном виде была получена вышеназванная информация и ответы на все мои вопросы. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в испытании. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были занесены в архив, обеспечивающий гарантию защиты лицам, определенными законодательством.

Фамилия, имя, отчество пациента

Подпись пациента

Дата

Пациенту выдано информированное согласие (ИС). В присутствии исследователя пациент прочитал ИС, на все возникшие вопросы были даны ответы. Пациент подписал ИС на участие в исследовании. Экземпляр ИС выдан пациенту на руки.

Фамилия, имя, отчество исследователя

Подпись исследователя

Дата

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА № 2

Город _____

ФИО пациента _____

Пол _____
 Возраст _____

Клиническая часть
Данные анамнеза

1. Есть ли у пациента в семье больные алкоголизмом или наркоманией (кровные родственники):

отец		мать	
брат		сестра	
двоюродный брат по ОТЦУ		двоюродный брат по МАТЕРИ	
двоюродная сестра по ОТЦУ		двоюродная сестра по МАТЕРИ	
дядя по отцу		дядя по матери	
тетка по отцу		тетка по матери	
дед по отцу		дед по матери	
бабка по отцу		бабка по матери	
прочие		не знает	НЕТ

2. Толерантность до начала лечения инъекционным пролонгированным налтрексоном и вид употребляемого напитка (мл\сут):. _____

3. Предыдущее лечение: амбулаторное ___раз, стационарное ___раз, первичное обращение _____

Предыдущие методы терапии	«Кодирование»	Торпедо, эспераль	Дисульфирам таблетки, колме	Налтрексон таблетки	Медико-социальная реабилитация в реабилитационном отделении или центре	Посещение АА
Срок лечения, год лечения						
Срок ремиссии						

4. Форма злоупотребления алкоголем

Форма злоупотребления алкоголем	До начала лечения за последний год		После лечения	
	длительность	количество	длительность	количество
Псевдозапой				
Истинные запои				
	До начала лечения за последний год		После лечения	
Постоянная на фоне низкой толерантности				
Перемежающаяся				
Постоянная на фоне высокой толерантности				

5. Перенесенные психозы

Перенесенные алкогольные психозы (Делирий, Галлюциноз, Делирий + Галлюциноз)	Были, количество	Не было

6. Полинаркомания

Употребляет ли наркотики сейчас (указать какой наркотик)	
Пробовал ли наркотики ранее (указать какие)	
Была ли сформирована зависимость ранее (указать какие и с какого возраста)	
Сочетанное употребление с алкоголем (указать какой наркотик)	
Сформированы ли прочие виды зависимости, в т. ч. игромания (указать вид)	

7. КОЛИЧЕСТВО ИНЪЕКЦИЙ

8. Динамика преобладающего компонента первичного влечения (по Альтшуллеру):

Преобладающий компонент первичного влечения (по Альтшуллеру)	До лечения	После лечения
Аффективный		
Поведенческий		
Идеаторный		
Вегетативный		

Визуально-аналоговая шкала влечения к алкоголю (VAS)- на МОМЕНТ ОСМОТРА

На данном отрезке штрихом отметьте силу Вашего влечения к алкоголю

Совсем не тянуло

Очень сильно тянуло



Значение в ММ

Рекомендация ВРАЧА по итогам АКТУАЛЬНОГО ВИЗИТА (указать):

Выбор ПАЦИЕНТА по итогам АКТУАЛЬНОГО ВИЗИТА (подчеркнуть): продление курса инъекционным пролонгированным налтрексоном, самостоятельная трезвость,

периодическое консультирование у врача, реаб. центр, посещение групп АА, другое (подчеркнуть)

Примечания:

Социальная часть

1. Семейные отношения

Объективные признаки	До начала лечения	После лечения
Развод		
Вступление в брак (гражданский брак)		
Количество несовершеннолетних детей, проживающих вместе		
Субъективные признаки	До начала лечения	После лечения
Стабилизация семейных отношений		
Появление постоянного партнера		
Самостоятельное проживание		

2. Образование и трудовые отношения

	До начала лечения за последний год (нужное обвести)	После лечения
Образование	Неполное среднее	Неполное среднее
	Среднее	Среднее
	Среднеспециальное	Среднеспециальное
	Неоконченное высшее	Неоконченное высшее
	Высшее	Высшее
Среднемесячная заработная плата	До 10 000 руб.	До 10 000 руб.
	От 10 000 до 30 000 руб.	От 10 000 до 30 000 руб.
	Свыше 30 000 руб.	Свыше 30 000 руб.

Объективные и субъективные признаки:	До начала лечения за последний год		После лечения	
Продолжили трудовую деятельность				
Были уволены				
Устроились на работу				
Продолжили обучение				
Были отчислены из учебных заведений				
Поступили на учебу				
Пенсионер				
Количество пропусков работы без уважительной причины				
Наличие конфликтных ситуаций на рабочем месте				
Другие признаки:				
Количество госпитализаций в связи со злоупотреблением алкоголя				
Водит ли автомобиль	Да	Нет	Да	Нет
Неоднократное употребление алкоголя в рискованных ситуациях (например, за рулем или перед работой, требующей хорошей координации движений и быстрых реакций).	Да	Нет	Да	Нет

Примечания:

Приложение В.

Исследование «Оценка эффективности амбулаторных программ медико-социальной реабилитации для больных алкогольной зависимостью»

Уважаемый пациент!

Вам предлагается принять участие в научном клиническом исследовании. Тщательно прочтите приведенные ниже сведения и задайте врачу-исследователю все интересующие Вас вопросы до того, как подпишите эту форму, – Вы имеете право полностью понять всю содержащуюся в нем информацию. Если Вам встретятся незнакомые термины или будет непонятен смысл написанного, врачи, участвующие в проведении исследования, предоставят Вам все необходимые разъяснения.

Настоящий документ содержит информацию, касающуюся целей и схемы проведения исследования. Вы узнаете о том, какие данные о Вас будут получены в ходе исследования, и о тех, кто будет иметь доступ к этим данным. Кроме того, Вы узнаете о тех выгодах и о том возможном риске, который связан с Вашим участием в исследовании.

Если Вы согласитесь участвовать в этом исследовании, то Вам будет нужно подписать эту форму на последней странице.

Зачем проводят это исследование?

Необходимость исследования обусловлена дополнительным изучением особенностей картины заболевания у пациентов с зависимостью от алкоголя. Благодаря этому можно будет с большей эффективностью предоставлять лечебную и реабилитационную помощь, основанную на применении современной лекарственной терапии совместно с психотерапевтическими методами.

В чём особенности лечения пациента с зависимостью от алкоголя?

Лечение и последующая реабилитация при алкогольной зависимости на данный момент продолжает оставаться актуальным и активно обсуждаемым вопросом. Одной из причин этого, в частности, является и то, что решение об изменении аддиктивного поведения является преимущественно личным и ответственным поступком зависимого человека. В большинстве стран лечение от алкогольной зависимости основывается на принципе добровольности, и лечебная и реабилитационная система не может заставить человека пройти лечение или изменить течение заболевания, если последний не заинтересован в этом. Более того, решение об изменении и поиск лечения от алкогольной зависимости основывается на том, как пациент сам воспринимает проблему злоупотребления алкоголем, а в основе лечебного процесса лежит помогающий агент – врач, который не может принуждать, а только поощряет пациента в сложившейся терапевтической обстановке. Поиск приемлемых путей комплексного сочетания лекарственной терапии и психотерапии является одним из сложных и перспективных направлений.

Какие препараты будут использоваться в исследовании?

При проведении исследования совместно с психотерапией будет использован современный препарат – инъекционный налтрексон с пролонгированным действием. Применение препарата будет производиться в соответствии с утвержденными стандартами оказания наркологической помощи. Этот препарат в рамках исследования (6 инъекций) будет предоставлен Вам бесплатно.

Что мне нужно будет делать?

Врач подробно расспросит Вас о состоянии Вашего здоровья и обследует Вас. Если анамнез покажет, что Ваше состояние отвечает необходимым критериям, Вы будете включены в исследование.

Врач будет обследовать Вас на протяжении всего периода наблюдения, проводить общую оценку Вашего состояния. При каждом собеседовании с лечащим врачом (в начале лечения, каждый месяц в процессе постановки инъекции (6 инъекций), а также в течение полутора лет после последней инъекции) Вам необходимо будет ответить на вопросы, ответы

на которые врач занесет в индивидуальную карту, а также самостоятельно оценить проводимое лечение и самочувствие. В процессе постановки инъекции (6 раз) Вам, помимо лекарственного лечения, врач будет вести с Вами психокоррекционную беседу, направленную на информирование об особенностях течения заболевания, важности соблюдения терапевтических схем.

Какой пользы я могу ожидать от участия в исследовании?

В рамках проводимого исследования Вы можете увидеть основные направления, по которым выстраивается работа с лечащим врачом, отследить изменения в патологическом влечении к спиртному в связи с применением пролонгированного инъекционного налтрексона совместно с психотерапией и своим психологическим состоянием. Таким образом, участие в программе медико-социальной реабилитации позволит Вам сделать более эффективным лечение от алкогольной зависимости.

Могу ли я отказаться от исследования?

Да. Ваше участие в этом исследовании является добровольным. Вы можете отказаться от него или прекратить участие в нем в любое время, оповестив об этом врача-исследователя, без потери каких-либо преимуществ, на которые Вы имели право. Если Вы покинете исследование, Вы можете получить рекомендации по стандартному лечению Вашего заболевания.

Смогу ли я принимать участие в исследовании, если не подпишу информированное согласие?

Нет. Если Вы решите не подписывать эту форму, Вы не сможете принять участие в исследовании.

Я прочитал данную форму информированного согласия

Я был осведомлен о:

- 1) целях данного исследования;
- 2) критериях, которые будут использованы с целью определения эффекта медико-реабилитационной программы;

Мною в письменном виде была получена вышеназванная информация и ответы на все мои вопросы. Мною были получены гарантии того, что я имею право прекратить участие в испытании. Я даю согласие на то, чтобы данные обо мне были занесены в архив, обеспечивающий гарантию защиты лицам, определенными законодательством.

Фамилия, имя, отчество пациента

Подпись пациента

Дата

Пациенту выдано информированное согласие (ИС). В присутствии исследователя пациент прочитал ИС, на все возникшие вопросы были даны ответы. Пациент подписал ИС на участие в исследовании. Экземпляр ИС выдан пациенту на руки.

Фамилия, имя, отчество исследователя

Подпись исследователя

Дата

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА № 3

Город _____

ФИО пациента _____

Пол _____

Возраст _____

Клиническая часть**Данные анамнеза**

1. Есть ли у пациента в семье больные алкоголизмом или наркоманией (кровные родственники):

отец		мать	
брат		сестра	
двоюродный брат по ОТЦУ		двоюродный брат по МАТЕРИ	
двоюродная сестра по ОТЦУ		двоюродная сестра по МАТЕРИ	
дядя по отцу		дядя по матери	
тетка по отцу		тетка по матери	
дед по отцу		дед по матери	
бабка по отцу		бабка по матери	
прочие		не знает	НЕТ

2. Толерантность до начала лечения инъекционным пролонгированным налтрексоном и вид употребляемого напитка (мл\сут):. _____

3. Предыдущее лечение: амбулаторное ___раз, стационарное ___раз, первичное обращение _____

Предыдущие методы терапии	«Кодирование»	Торпедо, эспераль	Дисульфирам таблетки, колме	Налтрексон таблетки	Медико-социальная реабилитация в реабилитационном отделении или центре	Посещение АА
Срок лечения, год лечения						
Срок ремиссии						

4. Форма злоупотребления алкоголем

Форма злоупотребления алкоголем	До начала лечения за последний год		После лечения	
	длительность	количество	длительность	количество
Псевдозапой				
Истинные запои				
Постоянная на фоне низкой толерантности				
Перемежающаяся				
Постоянная на фоне высокой толерантности				

5. Перенесенные психозы

Перенесенные алкогольные психозы (Делирий, Галлюциноз, Делирий + Галлюциноз)	Были, количество	Не было

6. Полинаркомания

Употребляет ли наркотики сейчас (указать какой наркотик)	
Пробовал ли наркотики ранее (указать какие)	
Была ли сформирована зависимость ранее (указать какие и с какого возраста)	
Сочетанное употребление с алкоголем (указать какой наркотик)	
Сформированы ли прочие виды зависимости, в т. ч. игромания (указать вид)	

7. КОЛИЧЕСТВО ИНЪЕКЦИЙ

.....

8. Динамика преобладающего компонента первичного влечения (по Альтшуллеру):

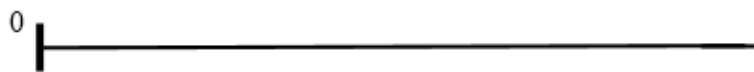
Преобладающий компонент первичного влечения (по Альтшуллеру)	До лечения	После лечения
Аффективный		
Поведенческий		
Идеаторный		
Вегетативный		

Визуально-аналоговая шкала влечения к алкоголю (VAS) – на МОМЕНТ ОСМОТРА

На данном отрезке штрихом отметьте силу Вашего влечения к алкоголю

Совсем не тянуло

Очень сильно тянуло



Значение в ММ

Рекомендация ВРАЧА по итогам АКТУАЛЬНОГО ВИЗИТА (указать):

Выбор ПАЦИЕНТА по итогам АКТУАЛЬНОГО ВИЗИТА (подчеркнуть): продление курса инъекционным пролонгированным налтрексоном, самостоятельная трезвость,

периодическое консультирование у врача, реабил. центр, посещение групп АА, другое (подчеркнуть)

Примечания:

Социальная часть

1. Семейные отношения

Объективные признаки	До начала лечения	После лечения
Развод		
Вступление в брак (гражданский брак)		
Количество несовершеннолетних детей проживающих вместе		
Субъективные признаки	До начала лечения	После лечения
Стабилизация семейных отношений		
Появление постоянного партнера		
Самостоятельное проживание		

2. Образование и трудовые отношения

	До начала лечения за последний год (нужное обвести)		После лечения	
Образование	Неполное среднее		Неполное среднее	
	Среднее		Среднее	
	Среднеспециальное		Среднеспециальное	
	Неоконченное высшее		Неоконченное высшее	
	Высшее		Высшее	
Среднемесячная заработная плата	До 10 000 руб.		До 10 000 руб.	
	От 10 000 до 30 000 руб.		От 10 000 до 30 000 руб.	
	Свыше 30 000 руб.		Свыше 30 000 руб.	

Объективные и субъективные признаки:	До начала лечения за последний год	После лечения
Продолжили трудовую деятельность		
Были уволены		
Устроились на работу		
Продолжили обучение		
Были отчислены из учебных заведений		
Поступили на учебу		
Пенсионер		
Количество пропусков работы без уважительной причины		
Наличие конфликтных ситуаций на рабочем месте		
Другие признаки:		
Количество госпитализаций в связи со злоупотреблением алкоголя		
Водит ли автомобиль	Да Нет	Да Нет
Неоднократное употребление алкоголя в рискованных ситуациях (например, за рулем или перед работой, требующей хорошей координации движений и быстрых реакций).	Да Нет	Да Нет

Примечания:
