Оглавление

- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
- 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической класификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
- 2.1 Жалобы и анамнез
- 2.2 Физикальное обследование
- 2.3 Лабораторные диагностические исследования
- 2.4 Инструментальные диагностические исследования
- 2.5 Иные диагностические исследования
- 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
- 4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации
- 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
- 6. Организация оказания медицинской помощи
- 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача
- Приложение В. Информация для пациента
- Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Список сокращений

АлАТ – аланинаминотрансфераза (alanineaminotransferase)

АсАТ – аспартатаминотрансфераза (aspartateaminotransferase)

ВИЧ/СПИД – вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

Гамма-ГТ – гамма-глютамилтрансфераза (gamma-glutamiltransferase)

ИПП – индивидуальная психотерапевтическая программа

ИХА – иммунохимический анализ

КИ – краткосрочная интервенция (краткосрочное психотерапевтическое вмешательство)

КПТ – когнитивно-поведенческая психотерапия

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МИ – мотивационное интервью

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

МП – мотивационная психотерапия

ПАВ – психоактивное вещество

ПП – психотерапевтический план

ПУ – пагубное (с вредными последствиями) употребление

СЗ – синдром зависимости

ТНС – тренинг навыков совладания

AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test (Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя)

CDT–carbohydrate-deficient transferrin (карбогидрат-дефицитный трансферрин)

DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test (Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков)

SOCRATES–The Stages of *Change Readiness* and Treatment Eagerness Scale (*Шкала стадий* готовности к *изменениям* и *готовности* лечиться)

MCV – средний объем эритроцита

Термины и определения

Запрос пациента в психотерапии – субъективно воспринимаемая пациентом желаемая цель изменений, которых пациент намерен добиться в результате психотерапии.

Индивидуальная психотерапевтическая программа (ИПП) – комплекс оптимальных методов индивидуальной, групповой и семейной психотерапии, а также мероприятий по созданию терапевтической среды с учетом личностных и психопатологических особенностей пациента. ИПП направлена на лечение пагубного употребления и связанных с ним коморбидных психических расстройств.

Когнитивная реабилитация (когнитивный тренинг) – поведенческий тренинг, ориентированный на достижение стойкого улучшения когнитивных процессов (внимания, памяти, исполнительных функций, социального познания и метапознания) и генерализацию полученных навыков привычной среде.

Неспецифические терапевтические факторы - основные механизмы лечения, не зависящие от метода психотерапии и определяющие результаты психотерапии: экстратерапевтические (факторы пациента и окружения), факторы терапевта, эффект ожиданий, терапевтические отношения, факторы процесса психотерапии.

Пагубное (с вредными последствиями) употребление (ПУ) психоактивного вещества– это модель употребления психоактивного вещества, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (например, в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотиков) или психическим (например, в случае возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

Психоактивное вещество (ПАВ) – это вещество натурального или синтетического происхождения, способное вызывать при однократном приеме желательные с точки зрения пользователя эффекты, а при систематическом – психическую и физическую зависимость.

Психодиагностическое обследование – применение стандартизированных психодиагностических инструментов, структурированных и полуструктурированных интервью и пр. с целью оценки характерологических особенностей пациента, когнитивных функций, актуального эмоционального состояния, особенностей мотивационной сферы, наличия сопутствующих психических заболеваний, расстройств, связанных с употреблением ПАВ.

Психологическое консультирование – совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений.

Психотерапевтический контракт – взаимная договоренность между психотерапевтом и пациентом по поводу условий проведения психотерапии (количество сеансов, формат), по поводу самого терапевтического процесса (как будет проходить психотерапия), а также по поводу исхода психотерапии (какие изменения должны произойти).

Психотерапия – плановое и организованное воздействие, цель которого – влияние на поведение, настроение и эмоциональные паттерны реагирования на различные стимулы с помощью вербальных и невербальных психологических средств.

Психотерапия ПУ – целенаправленная профессиональная помощь в изменении и восстановлении здорового состояния организма психологическими средствами; направлена на устранение личностных, аффективных, поведенческих и иных расстройств, оптимизацию межличностных отношений пациента, усиление мотивов на участие в лечебной программе и отказ от употребления ПАВ.

Техники осознанности – техники, способствующие достижению внимательности и осознанности, т.е. способности безоценочно, предметно и буквально осознавать свой жизненный опыт и одновременно обладать осознанием, что переживаемые ощущения представляют внутренний психический образ опыта, а не являются объективной реальностью.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Пагубное (с вредными последствиями) употребление психоактивного вещества (ПАВ) –это модель употребления ПАВ, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (например, в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотиков) или психическим (например, в случае возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

Синонимы: употребление ПАВ с вредными последствиями.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В настоящее время установлено, что ПАВ проявляют свое действие в трех основных направлениях [1]:

1. Влияя на определенные системы и структуры мозга, вызывают патологическую зависимость;
2. ПАВ являются токсическими, т.е. способны поражать все органы и системы организма;
3. Зависимость родителей влияет на формирование зависимости у потомства и на развитие у них поведенческих расстройств типа агрессивности, аффективной патологии, девиантных форм поведения, а также снижает адаптационные возможности детей.

В формировании ПУ (пагубное (с вредными последствиями) употребление) как начального (чаще всего) проявления синдрома зависимости от ПАВ значимую роль играют биологические, генетические, личностные, семейные и средовые факторы (необходимо понимать, что разделение в определенной мере является условным, поскольку и генетические, и личностные, и семейные факторы являются также биологическими).

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), ПУ находится на 5-ом месте среди причин преждевременной смерти и инвалидности в мире, причем эта смертность (около 2,5 миллионов смертей ежегодно) составляет 3,7% от общей смертности [2]. Заболеваемость, связанная с ПУ алкоголя, составляет 4,4% от общей заболеваемости [3].

В 2016 г. специализированными учреждениями Министерства Здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) зафиксировано 2 406 702 пациента с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, т.е. 1,6% общей численности населения страны. Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных пациентов – это пациенты с синдромом зависимости от алкоголя и ПУ алкоголя (78,5% от общего числа зарегистрированных пациентов) [4].

Наркологической службой страны в 2016 г. зарегистрировано 298833 пациента с пагубным употреблением алкоголя, или 203,9 на 100 тыс. населения [4].

В целом, по сравнению с 2015 г., в 2016 г. все показатели, связанные с обращением по поводу алкогольных расстройств, снизились. Так, показатель обращаемости по поводу ПУ алкоголя снизился за этот период с 246,7 до 203,9 на 100 тыс. населения или на 17,3% [4].

В 2016 г. наркологическими учреждениями страны зарегистрировано 495 982 больных наркоманией, или 338,5 на 100 тыс. населения (в 2015г. – 371,0). По сравнению с 2015г. этот показатель снизился на 9%. Из всего числа зарегистрированных пациентов, количество пациентов с диагнозом «пагубное употребление наркотиков» составило 203 575 человек или 138,9 на 100 тыс. населения (в 2015г – 159,0). По сравнению с 2015г. этот показатель снизился на 12,6% [4].

Наряду со снижением первичной заболеваемости наркоманией наблюдается и снижение обращаемости пациентов по поводу ПУ наркотиков: показатель за 2016 г. уменьшился на 26% (соответственно с 40,6 на 100 тыс. населения до 30,1) [4].

Суммарный показатель обращаемости лиц, употребляющих ненаркотические ПАВ, в 2016 г. составил 15,3 на 100 тыс. населения. Кроме того, по поводу ПУ ненаркотических психоактивных веществ в амбулаторную наркологическую службу обратились 13 747 (в 2015 г. – 16880) человек, что составило 9,4 пациента на 100 тыс. населения. Уровень обращаемости по поводу ПУ по сравнению с 2015 г. (11,5) снизился почти на 19% [4].

За период с 2014 по 2016 гг. наблюдаются изменения структуры употребления наркотиков среди населения, в том числе употребления с вредными последствиями. В последние годы в России и в мире наблюдается снижение доли пациентов, употребляющих опиоиды, и увеличение доли пациентов, употребляющих психостимуляторы и различные сочетания наркотических препаратов [4]. По данным Организации Объединенных Наций, в 2016 г. каннабис употребляли около 27 млн. взрослых жителей Европы; на всей территории Европы амфетамин или метамфетамин употребляли 2,4 млн. человек. Также увеличивается количество случаев пагубного употребления новых ПАВ. О 100 таких веществах первые сообщения поступили в 2015 г., к маю 2016 г. системой раннего предупреждения Европейского союза было выявлено свыше 560 новых психоактивных веществ [2].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической класификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

F10	психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя;
F10.1	пагубное употребление алкоголя;
F11	психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов;
F11.1	пагубное употребление опиоидов;
F12	психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиноидов;
F12.1	пагубное употребление каннабиноидов;
F13	психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных или снотворных средств;
F13.1	пагубное употребление седативных или снотворных средств;
F14	психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина;
F14.1	пагубное употребление кокаина;
F15	психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов, включая кофеин;
F15.1	пагубное употребление психостимуляторов, включая кофеин;
F16	психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов;
F16.1	пагубное употребление галлюциногенов;
F17	психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака;
F17.1	пагубное употребление табака;
F18	психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей;
F18.1	пагубное употребление летучих растворителей;
F19	психические и поведенческие расстройства вследствие употребления нескольких наркотических и других психоактивных веществ;
F19.1	пагубное употребление нескольких наркотических и других психоактивных веществ.

1. Диагностические группы различаются по ПАВ или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства. Формализация диагноза осуществляется с использованием Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10)[1].

2. Заключение об употребляемом ПАВ делается по субъективным и/или объективным данным.

3. В случае употребления пациентом более чем одного ПАВ диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

4. В случае хаотичного приема ПАВ, когда последствия употребления клинически не разделимы, применяется код F19.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз устанавливается путем сбора анамнеза: истории жизни и заболевания; общего осмотра пациента по системам и органам последовательно; проведения других врачебных манипуляций (измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т.д.); клинико-психопатологического обследования.

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется при выяснении жалоб и сборе анамнеза пациентов, у которых подозревается наличие психического и/или поведенческого расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, обращать внимание на диагностические критерии пагубного употребления по МКБ-10 с целью корректной постановки диагноза [1; 5; 6; 7; 8; 9].

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

Комментарии: *Учитываются следующие диагностические критерии пагубного употребления психоактивных веществ.*

1. *Употребление ПАВ нанесло (или в значительной мере усугубило) вред физическому состоянию или психике пациента, включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение.*
2. *Употребление ПАВ может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений.*
3. *Причиной вреда должно быть употребление ПАВ.*
4. *Характер употребления ПАВ сохранялся, по меньшей мере, 1 месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев.*
5. *Расстройство не соответствует критериям какого-либо другого психического или поведенческого расстройства, связанного с употреблением того же психоактивного вещества в тот же период времени (за исключением острой интоксикации).*

При диагностике физического и психического ущерба здоровью следует учитывать, что острая интоксикация сама по себе также не является достаточными доказательствами вреда для здоровья, что требуется для постановки подобного диагноза.

МКБ-10 указывает, что тот факт, что употребление ПАВ вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, ещё не является доказательством ПУ ПАВ (Таблица 1).

***Таблица 1** - Критерии для постановки диагноза F1x.1*

Категории	***Определения***
Диагностические критерии	*Диагноз пагубного употребления ПАВ ставится при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя, включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение, которое может привести к инвалидизации или неблагоприятно сказаться на межличностных отношениях. Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями. Тот факт, что употребление определенного вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям: аресту или расторжению брака, - еще не является доказательством употребления с вредными последствиями. А. Должны иметься четкие данные, что употребление вещества обусловило физические или психологические вредные изменения, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, или в значительной мере способствовало их возникновению. Б. Природа вредных изменений должна быть выявляемой и описанной. В. Характер употребления сохранялся или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев.*
Уточнения	*Употребление с вредными последствиями (пагубное) диагностируется при повторном приеме психоактивных веществ, сопровождающемся отчетливыми медицинскими последствиями для лица, злоупотребляющего психоактивным веществом (веществами), при этом отсутствуют признаки синдрома зависимости, как они сформулированы в F1x.2xxx. Диагноз пагубного злоупотребления не ставится при острой интоксикации (F1x.0xx), синдроме зависимости (F1x.2xxx), психотических расстройствах (F1x.5xx) или других специфических формах расстройств, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков. Ставится при злоупотреблении психоактивным веществом.*
Дифференциальный диагноз	*Острая интоксикация ПАВ. Синдром зависимости от ПАВ.*
Пример диагноза	***F 10.1.*** *Пагубное употребление алкоголя* ***F 11.1.*** *Пагубное употребление опиоидов.*

2.2 Физикальное обследование

Несмотря на то, что данные физикального обследования не являются специфическими при ПУ, тщательное медицинское обследование является дополнительным и подтверждающим клиническую диагностику инструментом, а также позволяет создать ориентиры в определении тяжести состояния. Например, при ПУ опиоидов можно выявить следы от внутривенных инъекций по ходу поверхностных вен, снижение болевой и тактильной чувствительности конечностей, сужение зрачков и их замедленную реакцию на свет. При ПУ алкоголя можно выявить инъекцию склер, замедленную реакцию зрачков на свет, тремор, увеличение размеров печени.

- Рекомендуется обследование соматического состояния: определение состояния кожных покровов, инъецированности склер, мышечного тонуса, пальпация и перкуссия печени, почек, аускультация сердца, измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, - всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, с целью принятия решения о дальнейшей тактике ведения пациентов, исключения наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, требующих специфического лечения [1; 8; 14; 15; 16].

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

- Рекомендуется обследование неврологического состояния: определение реакции зрачков, нистагма, тремора, состояния периферической нервной системы (тактильная и болевая чувствительность), статической и динамической координации- всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, с целью принятия решения о дальнейшей тактике ведения пациентов, исключения наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, требующих специфического лечения [1; 8; 14; 15; 16; 17].

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

2.3 Лабораторные диагностические исследования

При установлении диагноза ПУ наиболее важна клиническая диагностика. Необходимость в лабораторной диагностике возникает в случаях затруднения определения ПАВ по клинической картине, при проведении дифференциального диагноза (Приложение Б1), а также для подтверждения факта употребления ПАВ.

Лабораторные биомаркеры отражают факт потребления ПАВ, но не позволяют установить диагноз «Пагубное употребление». С другой стороны, они являются важным объективным показателем в дополнении к классической клинической диагностике.

Биомаркеры злоупотребления алкоголем можно разделить на прямые и непрямые [19].

Непрямые биомаркеры:

- *определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (АсАТ);*
- *определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АлАТ);*

определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови (гамма-ГТ);

- *качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза;*
- *определение размеров эритроцитов (а именно, среднего корпускулярного объема эритроцита (MCV, СКОЭ));*
- *другие.*

Прямые биомаркеры (обладают 100% специфичностью):

- *количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, их метаболитов в крови /моче иммунохимическим методом;*
- *исследование уровня этанола, метанола в крови;*
- *исследование уровня этанола в выдыхаемом воздухе;*
- *количественное определение этилглюкуронида в моче;*
- *количественное определение фосфадитил-этанола в крови.*
- Рекомендуется определение активности гамма-глютамилтрансферазы всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, с целью диагностики хронического злоупотребления алкоголем, выявления связанных нарушений функции печени и желчевыводящих путей [18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств– 3).

Комментарии: *При ПУ алкоголя, у 50-90% обнаруживают изменение активности гамма-ГТ. Однако аналогичные сдвиги отмечают и у 10% здоровых лиц. Чувствительность и специфичность метода - 80% [1].*

- Рекомендуется определение активности аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, с целью диагностики нарушений функции печени и миокарда, выявления соматических заболеваний, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами [18; 19; 20; 22; 23; 26; 27; 28: 29].

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

Комментарии: *АсАТ может быть умеренно чувствительным и специфичным тестом для определения лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями. По данным отечественных исследователей, активность АсАТ при верхней границе нормы 40 Ед/л в группе лиц с клинически установленным бытовым пьянством в среднем составила 62,3±15,3 Ед/л, у пациентов в I стадии алкогольной зависимости - 46,3±2,2 Ед/л, во II стадии - 68,1±9,1 Ед/л, в III стадии - 92,6±14,5 Ед/л. Аналогичные особенности отмечают и зарубежные авторы [27; 28; 29]. Чувствительность метода достигает 56%, а специфичность - 80% [1].*

Соотношение АсАТ/АлАТ часто используются в клинической практике для выявления злоупотребления алкоголем.

- Рекомендуется всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, проведение общего анализа крови для оценки: среднего корпускулярного объема эритроцита (MCV) с целью выявления заболеваний крови; нарушений водно-электролитного баланса, вызванных хроническим злоупотреблением алкоголем [19; 23; 25; 26; 27; 29; 30].

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

Комментарии: *Повышенный MCV также может указывать на ПУ алкоголя, но не обладает высокой специфичностью, так как встречается при нарушениях питания и других патологических состояниях [23; 25].*

- Рекомендуется качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, с целью выявления хронического злоупотребления алкоголем в объеме более 60 г этанола в сутки [18; 19; 20; 21; 23; 24; 26; 27; 28; 29; 30; 31; 32; 33].

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

Комментарии: *Ежедневный приём алкоголя в дозе, превышающей 60 г этанола, в течение, по меньшей мере, недели сопровождается заметным повышением уровня CDT в плазме крови. В зарубежных исследованиях показано, что потребление алкоголя выше 50-80 г/сут в течение 2-3 недель проявляется увеличением уровня в сыворотке CDT [30]. На основании результатов определения CDT, полученных в России и других странах [1; 30], исследователи рекомендуют использовать указанный тест для определения злоупотребления спиртными напитками, в том числе и ПУ алкоголя, при наблюдении за пациентами в процессе лечения и для контроля качества ремиссии. На сегодняшний день в лабораторной практике оценивается уровень CDT без привязки к полу. До 1,3% - норма, более 1,6% - пагубное употребление, в диапазоне 1,3-1,6% – требуется повторное исследование [33]. Следует учитывать, что повышенный уровень CDT после последнего употребления алкоголя будет наблюдаться не сразу, а спустя 1,5 - 2 недели. Время, необходимое для нормализации показателя после прекращения употребления, составляет в среднем 4 недели.*

При скрининге пагубного употребления или алкогольной зависимости, чувствительность/специфичность CDT, как правило, выше, чем АсАТ, АлАТ, гамма-ГТ [23; 29;30].

Некоторые исследования показывают, что использование биомаркеров АсАТ, гамма-ГТ и CDT в комбинации является наиболее эффективным в качестве скринингового метода [34]. Сочетанное использование гамма-ГТ и CDT показывает более высокую диагностическую чувствительность/специфичность, а также более сильную корреляцию с фактическими объемами потребления алкоголя [23]. Этот подход является экономически эффективным, легок в применении, что делает его пригодным для рутинной клинической практики.

- Рекомендуется исследование уровня этанола, метанола в крови и/или исследование уровня этанола в выдыхаемом воздухе всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, для подтверждения факта употребления алкоголя и оценки безопасности дальнейшего лечения [18; 23; 26; 35; 36; 37].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств– 3).

Комментарии: *При проведении исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя используются технические средства измерения, тип которых внесен в Федеральный информационный фонд по обеспечению единства измерений [38; 39].*

Само по себе определение уровня алкоголя в выдыхаемом воздухе подтверждает факт его употребления, но для постановки диагноза ПУ необходимо наличие и других диагностических критериев.

Определение уровня алкоголя в крови может быть полезным, если пациент находится в состоянии алкогольного опьянения, но отрицает злоупотребление алкоголем. Короткий период полувыведения алкоголя ограничивает его использование в качестве биомаркера. Уровень алкоголя в крови определяет употребление алкоголя в предыдущие несколько часов, что может не являться показателем хронического злоупотребления алкоголем, но может указывать на его употребление с вредными последствиями.

- Рекомендуется количественное определение этилглюкуронида в моче и/ или количественное определение фосфадитил-этанола в крови всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, для подтверждения факта употребления алкоголя [23; 26; 35;36; 37; 40; 41; 42; 43; 44].

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

Комментарии: *После полного прекращения приема алкоголя этилглюкуронид определяется в моче в течение 5 дней после употребления алкоголя.*

- Рекомендуется количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, их метаболитов в моче иммунохимическим методом при первичном скрининге мочи всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, для выявления факта употребления психоактивных веществ, а также определения типа употребляемого вещества, а также проводить подтверждение результата методом газовой хроматографии [18; 23; 35; 37; 43;44; 45; 46; 47].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *В лабораторной диагностике ПАВ используют два основных типа тестирования: предварительный иммунохимический анализ (ИХА) (в частности иммунохроматографический с использованием тест-полосок) и газовую хроматографию в качестве подтверждающих методов.*

Иммунохроматографический анализ используют в качестве первичного скрининга в связи с простотой его использования и малой затратностью. Хроматографию – в сложных диагностических случаях для подтверждения результатов иммунохроматографического анализа и для получения высокоточных результатов. Методы хроматографии являются высокоточными, но более дорогостоящими, сложными для выполнения и затратными по времени. В тоже время следует учитывать, что не все группы ПАВ возможно выявить предварительным методом ИХА (например, синтетические каннабиноиды, различные лекарственные препараты, использующиеся с немедицинскими целями и др.)

Положительные результаты предварительного ИХА должны сопровождаться подтверждающим тестированием с использованием газовой хроматографии.

- Рекомендуется определение суммарных антител классов M, G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью и входящим в группу риска по заражению вирусами гепатита В и С, а также вирусом иммунодефицита человека ВИЧ-1, с целью диагностики наличия вирусного гепатита С [48; 49; 50; 51].

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

- Рекомендуется определение антител к ВИЧ (определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (*Human immunodeficiency virus HIV1*) и

определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (*Human immunodeficiency virus HIV2*)) в крови всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью и входящим в группу риска по заражению вирусами гепатита В и С, а также вирусом иммунодефицита человека, с целью диагностики ВИЧ-инфекции [51; 52; 53; 54; 55; 56; 57].

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

- Рекомендуется определение антигена (HBsAg) к вирусу гепатита В (Hepatitis B virus) в крови всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью и входящим в группу риска по заражению вирусами гепатита В и С, а также вирусом иммунодефицита человека ВИЧ-1, с целью диагностики вирусного гепатита В [58; 59; 60; 61; 62].

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

Комментарии: *Выявление инфекционного заболевания не является само по себе критерием для постановки диагноза ПУ, но зачастую может указывать на инъекционное употребление наркотика через чужой шприц. Это может дополнить клиническую картину и рассматриваться как непосредственный ущерб физическому состоянию потребителя.*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

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

Пагубное употребление ПАВ негативно влияет на центральную нервную систему (ЦНС), сопряжено с развитием множества сопутствующих заболеваний соматической сферы, поэтому может быть полезным проведение следующих исследований: ультразвуковое исследование внутренних органов, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, рентгенография черепа, легких и др.

- Рекомендуется проведение электрокардиографического исследования с расшифровкой, описанием, интерпретацией данных всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, до начала лечения для диагностики сопутствующей соматической патологии [1;14; 15;16; 64; 65].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств – 4).

2.5 Иные диагностические исследования.

- Рекомендуется для выявления лиц с пагубным употреблением алкоголя, а также с интервенционной целью преодоления анозогнозии, предлагать всем пациентам, обращающимся за первичной медицинской (наркологической) помощью, пройти Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) [10-12].

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

Комментарии: *Тест AUDIT, рекомендованный ВОЗ (Приложение Г1), служат для выявления ПУ алкоголя и обоснования вмешательства (психотерапевтического и фармакологического), направленного на уменьшение или прекращение потребления алкоголя, чтобы тем самым снизить риск или избежать развития вредных последствий для здоровья (прогрессирования заболеваний и осложнений), предупредить развитие синдрома зависимости. Данный тест предназначен в первую очередь для врачей психиатров-наркологов, однако его могут использовать и другие специалисты, которые сталкиваются с лицами, у которых есть проблемы с алкоголем. Тест AUDIT заполняет пациент, затем врачом анализируются результаты и вырабатываются рекомендации. Результат в диапазоне 16-19 баллов – зона употребления алкоголя с вредными последствиями.*

- Рекомендуется для выявления лиц с пагубным употреблением наркотиков, а также с интервенционной целью преодоления анозогнозии, предлагать всем пациентам, обращающимся за первичной медицинской (наркологической) помощью, Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков (DUDIT) [13].

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

Комментарии: *Тест DUDIT (Приложение Г2) предназначен в первую очередь для врачей психиатров-наркологов, однако его могут использовать и другие специалисты, которые сталкиваются с лицами, у которых есть проблемы с наркотиками. Тест DUDIT заполняется пациентом, затем врачом анализируются результаты и вырабатываются рекомендации. Результат от 6 баллов для мужчин и от 2 баллов для женщин – зона употребления наркотиков с вредными последствиями. Результат 25 баллов и выше – высокая вероятность зависимости от наркотика.*

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется при выяснении жалоб и сборе анамнеза пациентов, у которых подозревается наличие психического и/или поведенческого расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ, обращать внимание на диагностические критерии пагубного употребления по МКБ-10 с целью корректной постановки диагноза [1; 5; 6; 7; 8; 9].

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

Комментарии: *Учитываются следующие диагностические критерии пагубного употребления психоактивных веществ.*

1. *Употребление ПАВ нанесло (или в значительной мере усугубило) вред физическому состоянию или психике пациента, включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение.*
2. *Употребление ПАВ может привести к инвалидности или иметь неблагоприятные последствия для межличностных отношений.*
3. *Причиной вреда должно быть употребление ПАВ.*
4. *Характер употребления ПАВ сохранялся, по меньшей мере, 1 месяц или периодически повторялся на протяжении 12 месяцев.*
5. *Расстройство не соответствует критериям какого-либо другого психического или поведенческого расстройства, связанного с употреблением того же психоактивного вещества в тот же период времени (за исключением острой интоксикации).*

При диагностике физического и психического ущерба здоровью следует учитывать, что острая интоксикация сама по себе также не является достаточными доказательствами вреда для здоровья, что требуется для постановки подобного диагноза.

МКБ-10 указывает, что тот факт, что употребление ПАВ вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, ещё не является доказательством ПУ ПАВ (Таблица 1).

***Таблица 1** - Критерии для постановки диагноза F1x.1*

Категории	***Определения***
Диагностические критерии	*Диагноз пагубного употребления ПАВ ставится при наличии непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя, включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение, которое может привести к инвалидизации или неблагоприятно сказаться на межличностных отношениях. Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями. Тот факт, что употребление определенного вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям: аресту или расторжению брака, - еще не является доказательством употребления с вредными последствиями.* *А. Должны иметься четкие данные, что употребление вещества обусловило физические или психологические вредные изменения, включая нарушения суждений или дисфункциональное поведение, или в значительной мере способствовало их возникновению.* *Б. Природа вредных изменений должна быть выявляемой и описанной.* *В. Характер употребления сохранялся или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев.*
Уточнения	*Употребление с вредными последствиями (пагубное) диагностируется при повторном приеме психоактивных веществ, сопровождающемся отчетливыми медицинскими последствиями для лица, злоупотребляющего психоактивным веществом (веществами), при этом отсутствуют признаки синдрома зависимости, как они сформулированы в F1x.2xxx.* *Диагноз пагубного злоупотребления не ставится при острой интоксикации (F1x.0xx), синдроме зависимости (F1x.2xxx), психотических расстройствах (F1x.5xx) или других специфических формах расстройств, связанных с употреблением алкоголя или наркотиков. Ставится при злоупотреблении психоактивным веществом.*
Дифференциальный диагноз	*Острая интоксикация ПАВ.* *Синдром зависимости от ПАВ.*
Пример диагноза	***F 10.1.** Пагубное употребление алкоголя* ***F 11.1.** Пагубное употребление опиоидов.*

2.2 Физикальное обследование

Несмотря на то, что данные физикального обследования не являются специфическими при ПУ, тщательное медицинское обследование является дополнительным и подтверждающим клиническую диагностику инструментом, а также позволяет создать ориентиры в определении тяжести состояния. Например, при ПУ опиоидов можно выявить следы от внутривенных инъекций по ходу поверхностных вен, снижение болевой и тактильной чувствительности конечностей, сужение зрачков и их замедленную реакцию на свет. При ПУ алкоголя можно выявить инъекцию склер, замедленную реакцию зрачков на свет, тремор, увеличение размеров печени.

- Рекомендуется обследование соматического состояния: определение состояния кожных покровов, инъецированности склер, мышечного тонуса, пальпация и перкуссия печени, почек, аускультация сердца, измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, - всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, с целью принятия решения о дальнейшей тактике ведения пациентов, исключения наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, требующих специфического лечения [1; 8; 14; 15; 16].

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

- Рекомендуется обследование неврологического состояния: определение реакции зрачков, нистагма, тремора, состояния периферической нервной системы (тактильная и болевая чувствительность), статической и динамической координации- всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, с целью принятия решения о дальнейшей тактике ведения пациентов, исключения наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, требующих специфического лечения [1; 8; 14; 15; 16; 17].

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

2.3 Лабораторные диагностические исследования

При установлении диагноза ПУ наиболее важна клиническая диагностика. Необходимость в лабораторной диагностике возникает в случаях затруднения определения ПАВ по клинической картине, при проведении дифференциального диагноза (Приложение Б1), а также для подтверждения факта употребления ПАВ.

Лабораторные биомаркеры отражают факт потребления ПАВ, но не позволяют установить диагноз «Пагубное употребление». С другой стороны, они являются важным объективным показателем в дополнении к классической клинической диагностике.

Биомаркеры злоупотребления алкоголем можно разделить на прямые и непрямые [19].

Непрямые биомаркеры:

- *определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (АсАТ);*
- *определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АлАТ);*

определение активности гамма-глютамилтрансферазы в крови (гамма-ГТ);

- *качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза;*
- *определение размеров эритроцитов (а именно, среднего корпускулярного объема эритроцита (MCV, СКОЭ));*
- *другие.*

Прямые биомаркеры (обладают 100% специфичностью):

- *количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, их метаболитов в крови /моче иммунохимическим методом;*
- *исследование уровня этанола, метанола в крови;*
- *исследование уровня этанола в выдыхаемом воздухе;*
- *количественное определение этилглюкуронида в моче;*
- *количественное определение фосфадитил-этанола в крови.*
- Рекомендуется определение активности гамма-глютамилтрансферазы всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, с целью диагностики хронического злоупотребления алкоголем, выявления связанных нарушений функции печени и желчевыводящих путей [18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств– 3).

Комментарии: *При ПУ алкоголя, у 50-90% обнаруживают изменение активности гамма-ГТ. Однако аналогичные сдвиги отмечают и у 10% здоровых лиц. Чувствительность и специфичность метода - 80% [1].*

- Рекомендуется определение активности аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, с целью диагностики нарушений функции печени и миокарда, выявления соматических заболеваний, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами [18; 19; 20; 22; 23; 26; 27; 28: 29].

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

Комментарии: *АсАТ может быть умеренно чувствительным и специфичным тестом для определения лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями. По данным отечественных исследователей, активность АсАТ при верхней границе нормы 40 Ед/л в группе лиц с клинически установленным бытовым пьянством в среднем составила 62,3±15,3 Ед/л, у пациентов в I стадии алкогольной зависимости - 46,3±2,2 Ед/л, во II стадии - 68,1±9,1 Ед/л, в III стадии - 92,6±14,5 Ед/л. Аналогичные особенности отмечают и зарубежные авторы [27; 28; 29]. Чувствительность метода достигает 56%, а специфичность - 80% [1].*

Соотношение АсАТ/АлАТ часто используются в клинической практике для выявления злоупотребления алкоголем.

- Рекомендуется всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, проведение общего анализа крови для оценки: среднего корпускулярного объема эритроцита (MCV) с целью выявления заболеваний крови; нарушений водно-электролитного баланса, вызванных хроническим злоупотреблением алкоголем [19; 23; 25; 26; 27; 29; 30].

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

Комментарии: *Повышенный MCV также может указывать на ПУ алкоголя, но не обладает высокой специфичностью, так как встречается при нарушениях питания и других патологических состояниях [23; 25].*

- Рекомендуется качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, с целью выявления хронического злоупотребления алкоголем в объеме более 60 г этанола в сутки [18; 19; 20; 21; 23; 24; 26; 27; 28; 29; 30; 31; 32; 33].

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

Комментарии: *Ежедневный приём алкоголя в дозе, превышающей 60 г этанола, в течение, по меньшей мере, недели сопровождается заметным повышением уровня CDT в плазме крови. В зарубежных исследованиях показано, что потребление алкоголя выше 50-80 г/сут в течение 2-3 недель проявляется увеличением уровня в сыворотке CDT [30]. На основании результатов определения CDT, полученных в России и других странах [1; 30], исследователи рекомендуют использовать указанный тест для определения злоупотребления спиртными напитками, в том числе и ПУ алкоголя, при наблюдении за пациентами в процессе лечения и для контроля качества ремиссии. На сегодняшний день в лабораторной практике оценивается уровень CDT без привязки к полу. До 1,3% - норма, более 1,6% - пагубное употребление, в диапазоне 1,3-1,6% – требуется повторное исследование [33]. Следует учитывать, что повышенный уровень CDT после последнего употребления алкоголя будет наблюдаться не сразу, а спустя 1,5 - 2 недели. Время, необходимое для нормализации показателя после прекращения употребления, составляет в среднем 4 недели.*

При скрининге пагубного употребления или алкогольной зависимости, чувствительность/специфичность CDT, как правило, выше, чем АсАТ, АлАТ, гамма-ГТ [23; 29;30].

Некоторые исследования показывают, что использование биомаркеров АсАТ, гамма-ГТ и CDT в комбинации является наиболее эффективным в качестве скринингового метода [34]. Сочетанное использование гамма-ГТ и CDT показывает более высокую диагностическую чувствительность/специфичность, а также более сильную корреляцию с фактическими объемами потребления алкоголя [23]. Этот подход является экономически эффективным, легок в применении, что делает его пригодным для рутинной клинической практики.

- Рекомендуется исследование уровня этанола, метанола в крови и/или исследование уровня этанола в выдыхаемом воздухе всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, для подтверждения факта употребления алкоголя и оценки безопасности дальнейшего лечения [18; 23; 26; 35; 36; 37].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств– 3).

Комментарии: *При проведении исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя используются технические средства измерения, тип которых внесен в Федеральный информационный фонд по обеспечению единства измерений [38; 39].*

Само по себе определение уровня алкоголя в выдыхаемом воздухе подтверждает факт его употребления, но для постановки диагноза ПУ необходимо наличие и других диагностических критериев.

Определение уровня алкоголя в крови может быть полезным, если пациент находится в состоянии алкогольного опьянения, но отрицает злоупотребление алкоголем. Короткий период полувыведения алкоголя ограничивает его использование в качестве биомаркера. Уровень алкоголя в крови определяет употребление алкоголя в предыдущие несколько часов, что может не являться показателем хронического злоупотребления алкоголем, но может указывать на его употребление с вредными последствиями.

- Рекомендуется количественное определение этилглюкуронида в моче и/ или количественное определение фосфадитил-этанола в крови всем пациентам,

обращающимся за наркологической помощью, для подтверждения факта употребления алкоголя [23; 26; 35;36; 37; 40; 41; 42; 43; 44].

Уровень убедительности рекомендаций B (Уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: *После полного прекращения приема алкоголя этилглюкуронид определяется в моче в течение 5 дней после употребления алкоголя.*

- Рекомендуется количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, их метаболитов в моче иммунохимическим методом при первичном скрининге мочи всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, для выявления факта употребления психоактивных веществ, а также определения типа употребляемого вещества, а также проводить подтверждение результата методом газовой хроматографии [18; 23; 35; 37; 43;44; 45; 46; 47].

Уровень убедительности рекомендаций B (Уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *В лабораторной диагностике ПАВ используют два основных типа тестирования: предварительный иммунохимический анализ (ИХА) (в частности иммунохроматографический с использованием тест-полосок) и газовую хроматографию в качестве подтверждающих методов.*

Иммунохроматографический анализ используют в качестве первичного скрининга в связи с простотой его использования и малой затратностью. Хроматографию – в сложных диагностических случаях для подтверждения результатов иммунохроматографического анализа и для получения высокоточных результатов. Методы хроматографии являются высокоточными, но более дорогостоящими, сложными для выполнения и затратными по времени. В тоже время следует учитывать, что не все группы ПАВ возможно выявить предварительным методом ИХА (например, синтетические каннабиноиды, различные лекарственные препараты, использующиеся с немедицинскими целями и др.)

Положительные результаты предварительного ИХА должны сопровождаться подтверждающим тестированием с использованием газовой хроматографии.

- Рекомендуется определение суммарных антител классов M, G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью и входящим в группу риска по заражению вирусами гепатита B и C, а также вирусом иммунодефицита человека ВИЧ-1, с целью диагностики наличия вирусного гепатита C [48; 49; 50; 51].

Уровень убедительности рекомендаций A (Уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендуется определение антител к ВИЧ (определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (*Human immunodeficiency virus HIV1*) и определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (*Human immunodeficiency virus HIV2*)) в крови всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью и входящим в группу риска по заражению вирусами гепатита B и C, а также вирусом иммунодефицита человека, с целью диагностики ВИЧ-инфекции [51; 52; 53; 54; 55; 56; 57].

Уровень убедительности рекомендаций A (Уровень достоверности доказательств – 1).

- Рекомендуется определение антигена (HBsAg) к вирусу гепатита B (Hepatitis B virus) в крови всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью и входящим в группу риска по заражению вирусами гепатита B и C, а также вирусом иммунодефицита человека ВИЧ-1, с целью диагностики вирусного гепатита B [58; 59; 60; 61; 62].

Уровень убедительности рекомендаций C (Уровень достоверности доказательств –5).

Комментарии: *Выявление инфекционного заболевания не является само по себе критерием для постановки диагноза ПУ, но зачастую может указывать на инъекционное употребление наркотика через чужой шприц. Это может дополнить клиническую картину и рассматриваться как непосредственный ущерб физическому состоянию потребителя.*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

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

Пагубное употребление ПАВ негативно влияет на центральную нервную систему (ЦНС), сопряжено с развитием множества сопутствующих заболеваний соматической сферы, поэтому может быть полезным проведение следующих исследований: ультразвуковое исследование внутренних органов, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, рентгенография черепа, легких и др.

- Рекомендуется проведение электрокардиографического исследования с расшифровкой, описанием, интерпретацией данных всем пациентам, обращающимся за наркологической помощью, до начала лечения для диагностики сопутствующей соматической патологии [1;14; 15;16; 64; 65].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств – 4).

2.5 Иные диагностические исследования

- Рекомендуется для выявления лиц с пагубным употреблением алкоголя, а также с интервенционной целью преодоления анозогнозии, предлагать всем пациентам, обращающимся за первичной медицинской (наркологической) помощью, пройти Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) [10-12].

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

Комментарии: *Тест AUDIT, рекомендованный ВОЗ (Приложение Г1), служит для выявления ПУ алкоголя и обоснования вмешательства (психотерапевтического и фармакологического), направленного на уменьшение или прекращение потребления алкоголя, чтобы тем самым снизить риск или избежать развития вредных последствий для здоровья (прогрессирования заболеваний и осложнений), предупредить развитие синдрома зависимости. Данный тест предназначен в первую очередь для врачей психиатров-наркологов, однако его могут использовать и другие специалисты, которые сталкиваются с лицами, у которых есть проблемы с алкоголем. Тест AUDIT заполняет пациент, затем врачом анализируются результаты и вырабатываются рекомендации. Результат в диапазоне 16-19 баллов – зона употребления алкоголя с вредными последствиями.*

- Рекомендуется для выявления лиц с пагубным употреблением наркотиков, а также с интервенционной целью преодоления анозогнозии, предлагать всем пациентам, обращающимся за первичной медицинской (наркологической) помощью, Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков (DUDIT) [13].

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

Комментарии: *Тест DUDIT (Приложение Г2) предназначен в первую очередь для врачей психиатров-наркологов, однако его могут использовать и другие специалисты, которые сталкиваются с лицами, у которых есть проблемы с наркотиками. Тест DUDIT заполняется пациентом, затем врачом анализируются результаты и вырабатываются рекомендации. Результат от 6 баллов для мужчин и от 2 баллов для женщин – зона употребления наркотиков с вредными последствиями. Результат 25 баллов и выше – высокая вероятность зависимости от наркотика.*

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Немедикаментозная терапия

При лечении ПУ акцент делается на использовании психотерапевтических программ [66 -73]. Лекарственные средства назначаются по строгим показаниям.

***Цель терапии ПУ**: достижение пациентом состояния выздоровления [54], которое оценивается в терминах снижения вреда, причиняемого привычным употреблением ПАВ; формирования значимого сокращения употребления либо отказа от ПАВ; воздержания от совершения психоактивных действий и объективного изменения поведенческих паттернов ПУ [75; 76].*

***Задача терапии**: профилактика формирования синдрома зависимости.*

***Тактика терапии**: проведение комплексного психотерапевтического и, по необходимости, медикаментозного лечения.*

***Алгоритм лечебных мероприятий** включает в себя: (1) проведение психотерапии; (2) назначение фармакотерапии по показаниям; (3) назначение терапии, направленной на лечение соматических нарушений, по показаниям; (4) мониторинг состояния.*

Необходимо соотносить показатель «вред-польза», поскольку вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений применения лекарственных средств существенно возрастает в связи с возможным наличием в организме ПАВ и их метаболитов.

Прагматические цели и задачи терапии определяются рядом факторов, наиболее значимыми из которых являются:

1. *Характер пагубных последствий при потреблении ПАВ (острые/хронические);*
2. *Социодемографические характеристики пациента;*
3. *Уровень личностного и социального функционирования пациента (характерологические особенности; особенности эмоциональной и когнитивно-интеллектуальной сферы; особенности мотивационной сферы, волевые качества; особенности семейных и межличностных отношений);*
4. *Наличие коморбидных психических или соматических заболеваний;*
5. *Наличие суицидального риска;*
6. *Этап процесса изменения, на котором находится пациент, и соответствующий уровень мотивации и готовности к изменению;*
7. *Наличие особых проблемных зон, требующих первоочередной психотерапевтической проработки.*

На основании указанных факторов выделяются мишени психотерапии – дисфункциональные феномены, подлежащие коррекции в рамках психотерапевтических отношений, то есть осознаваемые психотерапевтом цели взаимодействия [77-81] (Приложение А3-1).

Психотерапия ПУ подразумевает обязательное формирование неспецифических терапевтических факторов лечения [80; 82; 83], которые не зависят от метода применяемой психотерапии (Приложение А3-2).

Под психотерапевтической помощью в лечении пациентов с ПУ подразумеваются: психодиагностическое обследование; индивидуальная, групповая и семейная психотерапия; индивидуальное, групповое и семейное ПК; психокоррекционная работа и когнитивная реабилитация (КР); обучение техникам осознанности и релаксационным техникам (Приложение А3-3). При этом, в основе психотерапии ПУ лежат краткосрочные психотерапевтические вмешательства (краткосрочные интервенции – КИ) [84–91]. По показаниям (наличие сочетанных психических и поведенческих расстройств, затрудняющих отказ от пагубного употребления ПАВ) и при наличии соответствующего запроса пациента ему может быть предоставлена расширенная психотерапевтическая помощь.

Психотерапевтическая помощь предоставляется в индивидуальном, парном (работа с семьей) и групповом формат (Приложение А3-4), которые обладают сравнимой эффективностью при лечении наркологических заболеваний (включая ПУ) и сходными неспецифическими факторами изменения [92; 93; 94].

Психотерапевтическая помощь пациентам с ПУ может предоставляться врачом-психотерапевтом, врачом психиатром-наркологом, медицинским психологом под руководством врача-психотерапевта (Приложение А3-5). В организации и проведении психотерапевтических мероприятий участвуют также специалисты по социальной работе, социальные работники, консультанты по химической зависимости под руководством врача (Приложение А3-5).

- Рекомендуется использование психотерапии в качестве основной формы наркологической помощи пациентам с пагубным употреблением [66 – 73; 84; 85; 88; 94 – 98].

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

Комментарии: *Предполагается проведение от 2 до 15 сеансов психотерапии, направленной на профилактику и/или коррекцию пагубного употребления психоактивных веществ. Указанное число сеансов включает:*

- *1-3 сеанса психотерапии, ориентированной на усиление мотивации к проводимой психотерапии и медикаментозной терапии последствий ПУ;* ***и***
- *1-3 сеанса психотерапии, ориентированной на усиление комплаенса к проводимой психотерапии и медикаментозной терапии последствий ПУ;* ***и/или***
- *1-3 сеанса личностно-ориентированной психотерапии для коррекции основных личностных факторов ПУ;* ***и/или***
- *1-3 сеанса психотерапии, ориентированной на формирование навыков эмоциональной саморегуляции, релаксации, совладания со стрессом;* ***и/или***
- *1-3 сеанса психотерапии, для формирования навыков самоконтроля и произвольного торможения импульсивного поведения.*

Общая длительность психотерапии зависит от выбранного метода; уровня владения специалиста, предоставляющего психотерапевтическую помощь, конкретными методами психотерапии; индивидуальных особенностей пациента, цели и задач психотерапии.

- Рекомендуется проведение психотерапии, ориентированной на усиление мотивации к психотерапии пагубного употребления психоактивных веществ и медикаментозной терапии его последствий, всем пациентам с диагнозом пагубного употребления психоактивных веществ [99; 100;101; 102].

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

- Рекомендуется проведение психотерапии, ориентированной на усиление комплаенса к проводимой медикаментозной терапии последствий пагубного употребления, для пациентов с диагнозом пагубного употребления психоактивных веществ [103 – 111].

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

Комментарии: *Последствия пагубного употребления психоактивных веществ включают ряд серьезных соматических заболеваний, включая: травмы, острые отравления, аспирационную пневмонию, эзофагит, гастрит, панкреатит, сердечную аритмию, нарушения мозгового кровообращения, миопатию, рабдомиолиз, болезни печени (гепатит; жировой гепатоз, цирроз), периферическую нейропатию, энцефалопатию, остеопороз, кожные заболевания, гипертензию, сексуальную дисфункцию, сепсис, вирусные гепатиты (В и С), ВИЧ-инфекцию и др. Лечение при данных заболеваниях требует непрерывного приема медицинских препаратов, однако режим лечения часто нарушается потребителями ПАВ, что приводит к усугублению имеющихся расстройств.*

- Рекомендуется проведение личностно-ориентированной психотерапии для коррекции основных личностных факторов пагубного употребления психоактивных веществ всем пациентам с диагнозом пагубного употребления психоактивных веществ [94; 112; 113; *114*].

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

- Рекомендуется проведение психотерапии, ориентированной на формирование навыков эмоциональной саморегуляции, релаксации, совладания со стрессом с целью

формирования здоровых стратегий совладания со стрессом, исключающих употребление психоактивных веществ, всем пациентам с диагнозом пагубного употребления психоактивных веществ [115; 116; 117; 118; 119; 120; 121].

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

- Рекомендуется проведение психотерапии для формирования навыков самоконтроля и произвольного торможения импульсивного поведения у пациентов с диагнозом пагубного употребления психоактивных веществ и имеющих выраженные проблемы с контролем импульсов и другие дефициты исполнительных функций [122; 123; 124; 125; 126; 127].

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

- Рекомендуется проведение, как минимум, 1-5 сеансов семейной психотерапии и/или консультирования для профилактики дальнейшего потребления психоактивных веществ пациентамис диагнозом пагубного употребления, либо находящимися в группе риска родственниками таких пациентов [128; 129; 130; 131; 132; 133].

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

Комментарии: *Длительность психотерапии зависит от выбранного метода, особенностей семейной системы пациента, наличия у пациента с ПУ родственников, находящихся в группе риска развития ПУ, цели и задач психотерапии.*

- Рекомендуется при применении любых методов психотерапии со всеми пациентами с диагнозом пагубного употребления психоактивных веществ формировать эмпирически обоснованные неспецифические факторы психотерапевтического лечения для обеспечения максимальной эффективности психотерапевтического воздействия [134; 135; 136; 137].

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

Комментарии: *Указанные факторы включают терапевтический альянс; эмпатию, конгруэнтность и безусловное принятие со стороны специалиста; обратную связь (пациенту и со стороны пациента); эффект ожиданий; групповую сплоченность (в случае групповых форм работы). См. Приложение А3-2.*

- Рекомендуется формировать терапевтический альянс в психотерапии пациентов с пагубным употреблением психоактивных веществ для обеспечения эффективности психотерапевтического воздействия [134; 135; 138-144; 147].

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

Комментарии: *Построение терапевтического альянса в терапии пациентов с ПУ является значимой, но не приоритетной задачей, поскольку краткосрочный формат лечения ПУ может препятствовать установлению высококачественных, длительных терапевтических отношений. См. Приложение А3-2.*

- Рекомендуется в психотерапии пациентов с пагубным употреблением психоактивных веществ использовать эмпатический стиль общения для обеспечения эффективности психотерапевтического воздействия и контроля отсева пациентов из лечения [145 –153].

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

Комментарии: *дефицит эмпатии и высоко конфронтирующий стиль приводят к возникновению ятрогенных эффектов психотерапии и снижению комплаенса пациентов с ПУ.*

- Рекомендуется предоставлять пациентам с пагубным употреблением психоактивных веществ обратную связь по результатам скрининга моделей употребления психоактивных веществ для обеспечения эффективности психотерапевтического воздействия [66; 101;153 – 157].

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

Комментарии: *Рекомендации к проведению скрининга смотрите ниже в разделе «Рекомендации к организации психотерапевтического процесса в лечении ПУ: психодиагностическое обследование».*

3.1.1 Психодиагностическое обследование

- Рекомендуется начинать психотерапевтическую работу с одного диагностического сеанса, на котором проводится детальная оценка индивидуальных мишеней психотерапии у пациента с пагубным употреблением, для обоснованного выбора методов воздействия [175; 176].

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

Комментарии:

Предварительное диагностическое обследование включает в себя скрининг на употребление ПАВ с помощью валидизированных психометрических инструментов; оценку результатов лабораторных анализов; проведение анамнестического, клинико-диагностического и мотивационного интервью (МИ) с пациентом и его родственниками (по необходимости и с разрешения пациента) [80; 177]; исследование имеющейся медицинской документации для сбора информации о:

1. *Истории заболевания:*

- *Анамнез употребления ПАВ; последствия для психического, семейного и социального функционирование;*
- *Общее медицинское и психиатрическое обследование (наличие предыдущих госпитализаций и результаты лечения);*
- *Семейный и социальный анамнез;*
- *Наличие сопутствующих соматических, психических и наркологичесикх заболеваний.*

2. *Уровне развития и функционирования различных психологических и социальных функций, при необходимости с помощью стандартизированных инструментов [1; 178 – 180]:*

- *Когнитивные функции (память, внимание, и др.);*
- *Эмоциональные состояния (уровень тревожности, депрессия, и др.);*
- *Мотивация (стадия готовности к изменениям, комплаенс и др.);*
- *Аутоагрессия (суицидальный риск, несуицидальная аутоагрессия и др.)*
- *Межличностные отношения (стиль привязанности, семейная система, способность к формированию терапевтического альянса и др.).*
- Рекомендуется проводить обязательный скрининг употребления психоактивных веществ всем пациентам с диагнозом пагубного употребления с помощью стандартизированных инструментов с интервенционной целью – продемонстрировать пациенту рискованные уровни потребления им психоактивных веществ [10; 13; *84*; 181 - 185].

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

Комментарии: *Для этой цели могут применяться тесты AUDIT и DUDIT (Приложение Г1 и Г2).*

- Рекомендуется оценка уровня мотивации к лечению и уровня готовности к изменениям у пациентов с пагубным употреблением психоактивных веществ для обеспечения эффективного выбора методов лечебного воздействия [87; 186; 187; 188; 189].

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

Комментарии: *Оценка уровня мотивации к лечению и уровня готовности к изменениям основывается на данных МИ, проводимого с пациентом, а также данных стандартизированных опросников: например, Шкалы стадий готовности к изменениям и готовности лечиться "SOCRATES" (Приложение Г3) [190; 191].*

- Рекомендуется проводить оценку личностных особенностей пациентов с пагубным употреблением для оптимального выбора мишеней психотерапии и оценки прогноза [*112*; 114; 192 –198].

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

Комментарии: *Оценка предполагает выявление различных типов личностной организации пациентов с ПУ (скрытые акцентуации характера (личностный стиль), акцентуации характера, расстройства личности) с целью конкретизации личностно-ориентированных мишеней психотерапии и разработки более четкого лечебного плана. Помимо клинико-диагностического интервью, при необходимости могут использоваться различные стандартные психодиагностические инструменты [199-203] и пр.*

- Рекомендуется проводить оценку уровня суицидального риска и аутоагрессии у пациентов с пагубным употреблением с целью профилактики аутоагрессивного поведения [204 – 209].

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

Комментарии: *оценка суицидального риска и типичных форм аутоагрессивного поведения может проводиться с помощью суицидальных полуструктурированных интервью [210] и стандартизированных опросников суицидального риска (см. обзор [211]).*

- Рекомендуется проведение одного дополнительного диагностического сеанса в течение курса психотерапии всем пациентам с диагнозом пагубного употребления психоактивных веществ для определения динамики изменений и коррекции лечебного плана [175; 176;212 –214].

Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендуется включать в промежуточное психодиагностическое обследование оценку показателей комплаенса к фармакологическому лечению пагубных последствий употребления психоактивных веществ для коррекции основных мишеней психотерапии и оценки прогноза [107; 215–218].

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

Комментарии: *Оценка включает диагностику уровня сформированного терапевтического альянса и комплаенса к фармакотерапии пагубных последствий употребления ПАВ, и особенно, тяжелых хронических заболеваний, таких как вирусные гепатиты и вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД). Уровень комплаенса к воздержанию от употребления ПАВ измеряется с помощью объективных средств (лабораторных обследований на содержание ПАВ в организме пациента); фармакологический комплаенс измеряется также с помощью стандартизированных инструментов [219].*

3.1.2 Планирование процесса немедикаментозного лечения

- Рекомендуется по итогам психодиагностического обследования направлять пациентов с пагубным употреблением и выявленными сопутствующими психическими расстройствами и/или суицидальным риском на специализированное медицинское лечение в целях вторичной профилактики выявленных заболеваний и аутоагрессивного поведения [200 – 208].

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

- Рекомендуется по итогам психодиагностического обследования составлять индивидуальные психотерапевтические программы, максимально учитывающие факторы, влияющие на процесс выздоровления пациента с пагубным употреблением, для обеспечения эффективности психотерапевтического воздействия [80; 81; 98; 102; 229; 230].

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

Комментарии: *Составление ИПП предполагает отбор и адаптацию методов психотерапии с целью оказания максимально эффективной помощи пациентам с ПУ. При отборе методов психотерапии для включения в ИПП учитываются 4 основных типа факторов:*

1. *Факторы пациента:*

- *Медицинский диагноз и тяжесть заболевания;*
- *Стадия готовности к изменениям, на которой находится пациент;*
- *Индивидуальные возможности и личностные особенности (возраст, пол, образование, интеллект, когнитивные особенности, способность к творческому мышлению и осмыслению, личностные особенности, внутриличностный темп психических процессов и т.д.; наличие системы поддержки);*
- *Индивидуальные предпочтения и ценности (способность пациента принять ту или иную психотерапевтическую концепцию).*

2. *Факторы целеполагания (мишени, цели и задачи психотерапии).*
3. *Профессиональные предпочтения и образование психотерапевта.*
4. *Организационные факторы (связанные с организацией, предоставляющей психотерапевтические услуги, например, наличие компьютерных тренажеров когнитивных*

функций, благополучие организационного функционирования, способность организации обеспечить наличие терапевтической среды).

Таким образом, метод психотерапии выбирается на основании его возможного соответствия конкретному пациенту, а также профессиональной подготовки врача, а уровень убедительности рекомендаций носит относительно условный характер, являясь индикатором того, что указанный вид психотерапии относится к профессиональным, этичным и эффективным психотерапевтическим методам (Приложение А3-6). Специалист, проводящий психотерапию, может использовать как основные, так и вспомогательные методы психотерапии и разработанные в их рамках психотерапевтические техники, если он/она обладает соответствующей квалификацией и этого требует логика психотерапевтического процесса и состояние пациента.

- Рекомендуется по итогам психодиагностического обследования составлять психотерапевтический план для каждого психотерапевтического воздействия, включенного в индивидуальную психотерапевтическую программу, для обеспечения эффективности психотерапевтического воздействия [68; 80; 98; 99;229; 231; 232].

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

Комментарии: *по сравнению с ИПП, ПП представляет собой более узкий, конкретный план реализации определенного психотерапевтического воздействия, направленного на решение ограниченного числа целей и задач, сформулированных в ИПП. Психотерапевтический план строится с учетом таких же факторов, как и при построении ИПП, и может корректироваться в процессе психотерапии.*

- Рекомендуется при постановке целей и задач в рамках индивидуальной психотерапевтической программы и психотерапевтического плана учитывать стадию изменений, на которой находится пациент, с целью дифференциации психотерапевтического воздействия [233 –237].

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

Комментарии: *Определение стадии изменений, на которой находится пациент, необходимо для избежания негативных эффектов психотерапии (например, преждевременного прекращения лечения, поведенческих отыгрываний, усиления дисфорических расстройств и т.д.) вследствие несвоевременного коррективного вмешательства специалиста. Несоответствие лечения этапу изменений, на котором находятся пациенты, приводит к отсеву 45% пациентов из терапевтических программ [238]. Воздействия в зависимости от стадии готовности к изменениям см. Приложение А3-7.*

- Рекомендуется осуществлять постановку целей и задач в рамках индивидуальной психотерапевтической программы и психотерапевтического плана непосредственно вместе с пациентом, учитывая его запрос, для обеспечения эффективности психотерапевтического воздействия [239 –255].

Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *В лечении пациентов с ПУ, как правило, различают два вида целей психотерапии: достижение полного отказа от употребления ПАВ и достижение контролируемого употребления. Хотя достижение полной трезвости является основной стратегической целью лечения ПУ, контролируемое употребление может быть мотивационной целью на начальных этапах психотерапии у пациентов с низкой мотивацией на лечение или стойкой установкой на достижение контролируемого употребления, конфронтация которой может привести к уходу пациентов из лечебной программы. Тем не менее, в случаях тяжелой соматической патологии либо состояниях, которые предполагают полное исключение потребления ПАВ (беременность, лактация, предоперационная подготовка), целью психотерапии является исключительно отказ от употребления ПАВ.*

- Рекомендуется формулировать цели и задачи в рамках индивидуальной психотерапевтической программы и психотерапевтического плана в виде психотерапевтического контракта, добровольно заключаемого между пациентом и специалистом, для обеспечения прозрачности психотерапевтического процесса и обеспечения эффективности лечения [246 – 253].

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

Комментарии: *Добровольность является одним из основополагающих принципов психотерапевтического лечения. Несмотря на обязательное документально оформляемое согласие на проведение медицинского лечения, которое включает и психотерапевтические услуги, перед проведением любых психотерапевтических воздействий в рамках психотерапевтического процесса, следует заключать психотерапевтический контракт с пациентом на проведение указанного воздействия. Заключение психотерапевтического контракта является психотерапевтической интервенцией. Обычно бывает достаточно устного контракта, однако в ряде случаев (антисуицидальный, антипсихотический, поведенческий контракт на прием лекарственных препаратов и т.д.) может потребоваться контракт в письменной форме, который составляется совместно пациентом и врачом. Основные виды контрактов и принципы оформления поведенческих контрактов кратко описаны в Приложении А3-8.*

3.1.3 Выбор методов немедикаментозного лечения

- Рекомендуется при организации лечения пациентов с пагубным употреблением использовать методы психотерапии с эмпирически доказанной эффективностью для повышения эффективности психотерапевтического лечения [66; 67; 85; 88; 94-97; 125; 128; 181; 251-254; 260].

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

Комментарии: *несмотря на большое количество существующих эмпирически обоснованных методов психотерапии и их примерно одинаковую эффективность в лечении наркологических заболеваний, при терапии ПУ оптимальным является использование одного либо нескольких из нижерекомендованных методов психотерапии и/или психологического консультирования в кратко- (1-12 сеансов) и среднесрочном формате (12 – 24 сеанса):*

- *МИ и МП (от 1 до 12 сеансов); и*
- *Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) (не менее 3 сеансов); и/или*
- *Поведенческие тренинги навыков (не менее 1-3 сеансов); и/или*
- *Тренинг навыков осознанности (не менее 1-3 сеансов); и/или*
- *Тренинг навыков самоконтроля (не менее 1-3 сеансов).*

В случае необходимости либо по желанию пациента и/или его родственников к указанным методам может добавляться семейное консультирование и/или психотерапия.

Общий перечень основных и вспомогательных методов с эмпирически доказанной эффективностью в лечении пациентов с ПУ, а также их краткую характеристику смотрите в Приложениях А3-6, А3-9-12.

- Рекомендуется обязательное проведение одного сеанса краткосрочной психотерапевтической интервенции длительностью от 15 до 60 минут при обращении пациента, имеющего признаки пагубного употребления, в лечебное учреждение общего либо наркологического профиля для сокращения вреда, наносимого пагубным употреблением, и профилактики формирования синдрома зависимости [66; 257–262].

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

Комментарии: *Данная интервенция может преследовать следующие взаимодополняющие цели:*

1. *Психодиагностическая оценка тяжести злоупотребления ПАВ и пагубного употребления;*
2. *Коррекция употребления ПАВ с пагубными последствиями;*
3. *Формирование мотивации на начало лечения;*
4. *Усиление собственной мотивации к лечению, имеющейся у пациента;*
5. *Усиление мотивации к лечению пациента у родственников, сопровождающих пациента и получивших возможность присутствовать на сеансе (участвовать в отдельном сеансе) с разрешения пациента.*

Длительность КИ зависит от ее вида и навыков предоставляющего ее специалиста.

КИ включают элементы психодиагностики, мотивационного интервью и психообразования. Смысл КИ состоит в том, что даже если процент лиц, которые изменяют характер потребления веществ после одноразового вмешательства, невелик, вклад в общественное здравоохранение большого числа работников первичной медико-санитарной помощи, систематически осуществляющих это вмешательство, значителен. Виды и предлагаемый алгоритм КИ смотрите в Приложении А3-9.

- Рекомендуется использовать принципы и техники мотивационного интервью в психотерапии пациентов с пагубным употреблением на первом-втором сеансах, независимо от основного выбранного метода психотерапии, в диагностических и интервенционных целях [99; 152; 185;263 – 266].

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

Комментарии: *Элементы МИ включаются уже в психодиагностический сеанс для стимулирования формирования терапевтического альянса и получения максимально возможного количества информации, которое пациент предоставляет в духе сотрудничества. Таким образом, МИ на начальных этапах (1-2 сеанс) используется* в *диагностических целях; для формирования либо подкрепления мотивации личности к лечению; усиления терапевтического альянса; формирования первичного плана психотерапии. Подробное описание МИ смотри в Приложениях А3-6 и А3-9 -10.*

- Рекомендуется использовать мотивационное интервью и мотивационную психотерапию как основной метод психотерапии всех пациентов с пагубным употреблением [185; 263; 267–*275*].

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

Комментарии: *Психотерапия пациентов с ПУ может основываться исключительно на применении МИ и МП. В случае, если специалист считает нужным использование других методов психотерапии, диагностические сеансы с использованием МИ проводятся, как минимум, 1 раз – в середине психотерапии либо ближе к завершению (предпоследний сеанс). По результатам диагностики изменений уровня мотивации и готовности к изменениям проводится коррекция ПП и ИПП.*

- Рекомендуется проведение когнитивно-поведенческой психотерапии всем пациентам с пагубным употреблением психоактивных веществ для коррекции выявленных когнитивно-поведенческих дефицитов и нарушений в эмоциональной сфере, поддерживающих модели пагубного употребления психоактивных веществ [95; 105; 251; 276–275].

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

Комментарии: *Цели, задачи и методы КПТ определяются в соответствии с потребностями конкретного пациента. Показания к проведению КПТ у пациентов с ПУ включают нижеперечисленные состояния, но не ограничиваются ими:*

- *Выраженные когнитивные дефициты (искажения мышления), приводящие к употреблению ПАВ;*
- *Выраженная алекситимия;*
- *Дефициты социального интеллекта и эмпатии;*
- *Выраженная анозогнозия;*
- *Дефициты навыков межличностного общения;*
- *Дефициты навыков совладания со стрессом;*
- *Выраженный тревожный и/или депрессивный аффект;*
- *Выраженное импульсивное поведение*
- *Низкий комплаенс к проводимому лечению.*

Смотрите более подробную информацию о КПТ в Приложении А3-11.

- Рекомендуется проведение тренинга навыков осознанности для пациентов, имеющих выраженную импульсивность, дефициты исполнительного контроля и эмоциональной регуляции, для формирования здоровых навыков реагирования и совладания с психоэмоциональным стрессом и влечениями [116 - 118; 121;306; 307].

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

- Рекомендуется проведение тренинга навыков самоконтроля для пациентов, имеющих выраженную импульсивность и дефициты исполнительного контроля, для формирования здоровых навыков реагирования и совладания с психоэмоциональным стрессом и влечениями [122–124; 288 –291].

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

Комментарии: Цели, задачи и методы ТНС определяются в соответствии с потребностями конкретного пациента. Смотрите более подробную информацию в Приложении А3-11.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

В большинстве случаев реабилитация пациентов с пагубным употреблением ПАВ в рамках специализированного наркологического медицинского лечения не проводится. В тех случаях, когда медицинская реабилитация необходима, рекомендации по её проведению представлены в «Клинических рекомендациях по лечению психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, синдром зависимости».

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и/или расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ[1]

При выявлении ПУ важное значение приобретает вторичная профилактика. Она является преимущественно медицинской, индивидуальной, и направлена на уменьшение вредных последствий употребления ПАВ и предупреждение дальнейшего формирования синдрома зависимости от ПАВ.

- Рекомендуется включать пациентов, употребляющих ПАВ с вредными последствиями, в программы вторичной профилактики наркологических заболеваний с целью предотвращения формирования синдрома зависимости от психоактивных веществ [66; 67; 122-124; 127; 185;292; 293]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Рекомендуется включать семьи пациентов, включая несовершеннолетних детей, в программы профилактики наркологических заболеваний с целью предотвращения формирования пагубного употребления и синдрома зависимости от психоактивных веществ [292 – 295].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств - 2).

Организация оказания медицинской помощи

Терапия может осуществляться в амбулаторных и в стационарных (в т.ч. в условиях дневного стационара) условиях. Как в стационарных, так и в амбулаторных условиях срок лечения устанавливается индивидуально.

Как правило, если проявления пагубного употребления ПАВ легкие, то лечение может проходить в амбулаторных условиях, особенно, если близкие готовы помочь человеку выйти из данного состояния.

Показания к госпитализации:

1. Острая интоксикация в результате употребления ПАВ средней или тяжелой степени тяжести;
2. Нестабильное психическое состояние пациента (выраженное патологическое влечение к ПАВ);
3. Соматические нарушения в результате пагубного употребления ПАВ средней и тяжелой степени тяжести;
4. Развитие психотического состояния в результате пагубного употребления ПАВ.

Пациентам с диагнозом пагубного употребления психоактивных веществ рекомендуется оказывать специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара, в случае если состояние пациента оценивается как легкой степени тяжести.

В случае если состояние пациента оценивается как среднетяжелое и тяжелое, пациентам с диагнозом пагубного употребления психоактивных веществ рекомендуется оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях. Стационарная медицинская помощь по лечению ПУ ПАВ оказывается, когда ПУ ведет к интоксикации, а также соматическим нарушениям средней и тяжелой степени

- Рекомендуется специалисту, осуществляющему психотерапию пациентов с пагубным употреблением, посещать супервизионные сеансы и/или клинические разборы с более компетентными коллегами один раз в 4 месяца (или чаще в случае необходимости) для решения сложных вопросов, возникающих в процессе лечения данных пациентов [*158* – 163].

Уровень убедительности рекомендаций B (Уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *Супервизия специалиста, осуществляющего лечение пациента с ПУ, а также участие в клинических разборах, преследует следующие цели:*

1. *Обеспечение максимально эффективной помощи пациенту за счет прояснения затруднений, возникших в ходе психотерапии;*
2. *Выявление проблем специалиста, препятствующих эффективному лечению пациента (реакция контрпереноса, различия ценностных ориентаций и т.д.);*
3. *Профилактика профессионального выгорания;*
4. *Повышение квалификации специалиста.*

Супервизором является либо более опытный коллега, работающий в психотерапии в наркологии и имеющий соответствующую квалификацию, либо профессиональный супервизор, имеющий соответствующий статус, дающий право предоставлять супервизии в рамках применяемой психотерапевтической модальности.

- Рекомендуется специалисту, осуществляющему психотерапию пациента с пагубным употреблением, осуществлять регулярное повышение квалификации, с целью поддержания эффективности лечебного процесса [164 –*170*].

Уровень убедительности рекомендаций C (Уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: *Обучение проводится для приобретения новых компетенций, поддержания старых, а также профилактики профессиональных деформаций и «выгорания».*

- Рекомендуется максимально подробно описывать проводимые психотерапевтические воздействия в амбулаторной карте пациента для целей оценки и контроля эффективности и безопасности лечебного процесса [171 -174].

Уровень убедительности рекомендаций C (Уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *специалист фиксирует и описывает психический статус пациента; актуальные проблемы и запрос пациента, которые будут являться предметом работы на данной психотерапевтической сессии; содержание эффективных и неэффективных психотерапевтических интервенций.*

- Рекомендуется фиксировать индивидуальную психотерапевтическую программу, долгосрочный и краткосрочные планы лечения в амбулаторной карте пациента для целей оценки и контроля эффективности и безопасности лечебного процесса [171; 172; 173].

Уровень убедительности рекомендаций C (Уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: *Специалист описывает предварительный план психотерапевтической работы, включая долгосрочные и краткосрочные цели, задачи, начальный психотерапевтический контракт. По мере продвижения психотерапии специалист вносит изменения в первоначальный план, отмечает любые изменения психотерапевтического контракта.*

- Рекомендуется фиксировать максимально подробно динамику состояния пациента в процессе психотерапии и результаты проведенного лечения в амбулаторной карте для целей оценки и контроля эффективности и безопасности лечебного процесса [171; 172; 173].

Уровень убедительности рекомендаций C (Уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендуется при ведении записей сохранять максимальную конфиденциальность и анонимность данных пациента, а также обеспечивать максимально безопасное их хранение для целей оценки и контроля безопасности лечебного процесса [171; 172; 173].

Уровень убедительности рекомендаций C (Уровень достоверности доказательств - 5).

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

6. Организация оказания медицинской помощи

Не применимо.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнен осмотр врачом-психиатром-наркологом	5	C
2.	Выполнена электрокардиография	5	C
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтранспептидаза)	2	B
4.	Проведено психодиагностическое обследование	1	A
5.	Выполнено количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, их метаболитов в моче иммунохимическим методом при первичном скрининге мочи на содержание психоактивных веществ (ПАВ)	3	C
6.	Проведено мотивационное интервью, направленное на формирование, поддержание и усиление мотивации на отказ от приема психоактивных веществ и участие в лечебной программе	1	A

Список литературы

1. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; 944с.
2. Report of the international committee for drug control – 2016 ed. World Health Organization, 2016; 121 с. URL: www.who.int.
3. Global status report on alcohol and health – 2014 ed. World Health Organization, 2014; 86 с. URL: www.who.int.
4. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Силорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2015-2016 годах: Статистический сборник. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2017; 183 с.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, 1992.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author; 2013.
7. Алкоголизм. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. М., ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011; 856 с.
8. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош, 2003; 215 с.
9. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Фармакотерапия в наркологии. Краткое справочное руководство. Под редакцией Н.М. Жарикова. М.:Медицина, 2000; 352 с.
10. Berner M.M., Kriston L., Bentele M., Härter M. The Alcohol Use Disorders Identification Test for Detecting At-Risk Drinking: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2007; №68(3): 461–73.
11. De Meneses-Gaya C., Zuardi A. W., Loureiro S. R., Crippa, I. A. S. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology & Neuroscience*. 2009;*2*(1): 83-97.
12. Kuitunen-Paul S., Roerecke M. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and mortality risk: a systematic review and meta-analysis. Journal of Epidemiology and Community Health. 2018; №72(9): 856–63.
13. Hildebrand M. The Psychometric Properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A Review of Recent Research. Journal of Substance Abuse Treatment. 2015; № 53:52–9.
14. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. М.: Литтера, 2010; 255 с.
15. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами. В кн.: Психиатрия: национальное руководство. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: Изд «Гэотар-Медиа», 2009; с. 409-442.
16. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. СПб: издательство «Лань», 1999; 352 с.
17. Иванец Н.Н., Ларенский И.Л., Стрелец Н.В., Уткин С.И. Лечение алкоголизма, наркоманий, токсикоманий (в таблицах). М., 2000; 57 с.
18. Niemelä O., Niemelä M., Bloigu R., Aalto M., Laatikainen T. Where should the safe limits of alcohol consumption stand in light of liver enzyme abnormalities in alcohol consumers? PLOS ONE. 2017; 12(12):e0188574. URL: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0188574
19. Hashimoto E., Riederer P.F., Hesselbrock V.M., Hesselbrock M.N., Mann K., Ukai W., et al. Consensus paper of the WFSBP task force on biological markers: Biological markers for alcoholism. The World Journal of Biological Psychiatry. 2013; №14(8):549–64.
20. Whitfield J.B., Masson S., Liangpunsakul S., et al. Evaluation of laboratory tests for cirrhosis and for alcohol use, in the context of alcoholic cirrhosis. *Alcohol*. 2018; №66: 1–7.
21. Scouller K., Conigrave K.M., Macaskill P., et al. Should we use CDT instead of GGT for detecting problem drinkers? A systematic review and meta-analysis. Clin Chem 2000; №46: 1894–1902.
22. Whitfield J.B., Heath A.C., Madden P.A., Pergadia M.L., Montgomery G.W., Martin N.G. Metabolic and biochemical effects of low-to-moderate alcohol consumption. Alcohol Clin Exp Res. 2013; №37(4):575–586. doi:10.1111/acer.12015
23. Niemelä O. Biomarker-based approaches for assessing alcohol use disorders. Int J Environ Res Public Health. 2016; № 13(2): 166. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4772186/.
24. Anton R.F., Lieber C., Tabakoff B., CDTect Study Group. Carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase for the detection and monitoring of alcohol use: results from a multisite study. Alcohol Clin. Exp. Res. 2002;№26(8): 1215-1222.

25. Hietala J., Puukka K., Koivisto H., Anttila P., Niemela O. Serum gamma-glutamyl transferase in alcoholics, moderate drinkers and abstainers: effect on GT reference intervals at population level. Alcohol Alcohol. 2005; №40(6): 511-514.
26. Andresen-Streichert H., Müller A., Glahn A., Skopp G., Sterneck M. Alcohol biomarkers in clinical and forensic contexts. Deutsches Aerzteblatt Online. 2018; URL: http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2018.0309
27. Gough G., Heathers L., Puckett D., Westerhold C., Ren X., Yu Z., Crabb D.W., Liangpunsakul S. The Utility of Commonly Used Laboratory Tests to Screen for Excessive Alcohol Use in Clinical Practice. Alcohol Clin Exp Res. 2015; №39(8): 1493-500.
28. Jastrzębska I., Zwolak A., Szczyrek M., Wawryniuk A., Skrzydło-Radomańska B., Daniluk J. Biomarkers of alcohol misuse: recent advances and future prospects. Gastroenterology Review. 2016; №2:78–89.
29. McDonald H., Borinskya S., Kiryanov N., Gil A., Helander A., Leon D.A. Comparative performance of biomarkers of alcohol consumption in a population sample of working-aged men in Russia: the Izhevsk Family Study. Addiction. 2013; №108(9):1579–89.
30. Hannuksela M.L., Liisanantti M.K., Nissinen A.E., Savolainen M.J. Biochemical markers of alcoholism. Clin. Chem. Lab. Med. 2007; № 45(8): 953-961
31. Maenhout T.M., Poll A., Vermassen T., De Buyzere M.L., Delanghe J.R.; ROAD Study Group. Usefulness of indirect alcohol biomarkers for predicting recidivism of drunk-driving among previously convicted drunk-driving offenders: results from the recidivism of alcohol-impaired driving (ROAD) study. Addiction. 2014; №109(1): 71-8.
32. Song B., Zhu J., Wu J., Zhang C., Wang B., Pan B., et al. Determination of carbohydrate-deficient transferrin in a Han Chinese population. BMC Biochemistry. 2014; № 15(1):5. URL: http://dx.doi.org/10.1186/1471-2091-15-5
33. Schellenberg F., Wielders J.P.M. Evaluation of capillary electrophoresis assay for CDT on SEBIA"s Capillarys System: Intra and inter laboratory precision, reference interval and cut-off. Clinica Chimica Acta. 2010; №411:1888–1893
34. Sommers M.S., Savage C., Wray J., Dyehouse J.M. Laboratory measures of alcohol (ethanol) consumption: strategies of assess drinking patterns with biochemical measures. Biol. Res. Nurs. 2003; №4(3):203-207.
35. Nanau R., Neuman M. Biomolecules and Biomarkers Used in Diagnosis of Alcohol Drinking and in Monitoring Therapeutic Interventions. Biomolecules. 2015; №5(3):1339–85.
36. Savola O., Niemelä O., Hillbom M. Blood alcohol is the best indicator of hazardous alcohol drinking in young adults and working-age patients with trauma. *Alcohol Alcohol.* 2004,*39*, 340–345.
37. Cabarcos P., Álvarez I., Tabernero M.J., Bermejo A.M. Determination of direct alcohol markers: a review. Analytical and Bioanalytical Chemistry. 2015; № 407(17):4907–25.
38. Об обеспечении единства измерений. Статья 20 Федерального закона от 26 июня 2008 г. N 102-ФЗ. В кн.: Собрание законодательства Российской Федерации; 2008; № 26: с. 3021; 2014; №30: с. 4255.
39. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 декабря 2015 г. N 933н. О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). В кн.: Собрание законодательства Российской Федерации; 2008.
40. Aradottir S., Asanovska G., Gjerss S., Hansson P., Alling C. Phosphatidylethanol (PEth) concentrations in blood are correlated to reported alcohol intake in alcohol-dependent patients. Alcohol and alcoholism. 2006; № 41: 431–437.
41. Rainio J., Ahola S., Kangastupa P., Kultti J., Tuomi H., Karhunen P.J., Helander A., Niemelä O. Comparison of ethyl glucuronide and carbohydrate-deficient transferrin in different body fluids for post-mortem identification of alcohol use. *Alcohol Alcohol.* 2014,*49*, 55–59.
42. Berger L, Fendrich M, Jones J, Fuhrmann D, Plate C, Lewis D. Ethyl glucuronide in hair and fingernails as a long-term alcohol biomarker. *Addiction*. 2014;109(3):425–431. doi:10.1111/add.12402
43. Staufer K., Andresen H., Vettorazzi E., Tobias N., Nashan B., Sterneck M. Urinary ethyl glucuronide as a novel screening tool in patients pre- and post-liver transplantation improves detection of alcohol consumption. *Hepatology*. **2011**; № *54*: 1640–1649.
44. Dahl H., Hammarberg A., Franck J., Helander A. Urinary ethyl glucuronide and ethyl sulfate testing for recent drinking in alcohol-dependent outpatients treated with acamprosate or placebo. *Alcohol Alcohol.* **2011**, *46*, 553–557.
45. Dupouy J., Mémier V., Catala H., Lavit M., Oustric S., Lapevre-Mestre M. Does urine drug abuse screening help for managing patients? A systematic review. Drug Alcohol Depend. 2014 Mar 01;136:11-20.
46. Pesce A., Rosenthal M., West R., West C., Crews B., Mikel C., Almazan P., Latyshev S. An evaluation of the diagnostic accuracy of liquid chromatography-tandem mass spectrometry

versus immunoassay drug testing in pain patients. Pain Physician. 2010; №13(3):273-81.
47. Manchikanti L., Malla Y., Wargo B.W., Fellows B. Comparative evaluation of the accuracy of immunoassay with liquid chromatography tandem mass spectrometry (LC/MS/MS) of urine drug testing (UDT) opioids and illicit drugs in chronic pain patients. Pain Physician. 2011; №14: 175–87.
48. *Screening for Hepatitis C Virus: A Systematic Review*. Ottawa (ON): CADTH Health Technology Assessment; 2017. URL: https://cadth.ca/dv/screening-hepatitis-c-virus-systematic-review
49. Coward S., Leggett L., Kaplan G.G., Clement F. Cost-effectiveness of screening for hepatitis C virus: a systematic review of economic evaluations. *BMJ Open*. 2016; № 6(9):e011821. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5020747/
50. Schackman B.R., Leff J.A., Barter D.M., DiLorenzo M.A., Feaster D.J., Metsch L.R., et al. Cost-effectiveness of rapid hepatitis C virus (HCV) testing and simultaneous rapid HCV and HIV testing in substance abuse treatment programs. Addiction. 2014; №110(1):129–43.
51. Cipriano L.E., Zaric G.S., Holodniy M., Bendavid E., Owens D.K., Brandeau M.L. Cost effectiveness of Screening Strategies for Early Identification of HIV and HCV Infection in Injection Drug Users. Blackard J, editor. PLoSONE. 2012; № 7(9):e45176. URL: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0045176
52. Metsch L.R., Feaster D.J., Gooden L., Matheson T., Mandler R.N., Haynes L., et al. Implementing Rapid HIV Testing With or Without Risk-Reduction Counseling in Drug Treatment Centers: Results of a Randomized Trial. American Journal of Public Health. 2012; №102(6):1160–7.
53. Tan W.S., Chow E.P.F., Fairley C.K., Chen M.Y., Bradshaw C.S., Read T.R.H. Sensitivity of HIV rapid tests compared with fourth-generation enzyme immunoassays or HIV RNA tests. AIDS. 2016; №30(12):1951–60.
54. Masciotra S., McDougal J.S., Feldman J., et al. Evaluation of an alternative HIV diagnostic algorithm using specimens from seroconversion panels and persons with established HIV infections. *J Clin Virol*. 2011; № 52 (Suppl. 1): S17-22
55. Cornett J.K., Kirn T.J. Laboratory Diagnosis of HIV in Adults: A Review of Current Methods. *Clinical Infectious Diseases*. № 57, Issue 5, 1 September 2013, Pages 712–718, https://doi.org/10.1093/cid/cit281
56. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services. France: WHO; 2015. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1.
57. Guy R., Gold J., Calleja J.M.G., Kim A.A., Parekh B., Busch M., et al. Accuracy of serological assays for detection of recent infection with HIV and estimation of population incidence: a systematic review. The Lancet Infectious Diseases. 2009; №9(12):747–59.
58. Chou R., Dana T., Bougatsos C., Blazina I., Zakher B., Khangura J. Screening for Hepatitis B Virus Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Evidence synthesis no. 110. AHRQ publication no. 12-05172-EF-1. Rockville, MD Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK208504/
59. Amini A., Varsaneux O., Kelly H., Tang W., Chen W., Boeras D.I., et al. Diagnostic accuracy of tests to detect hepatitis B surface antigen: a systematic review of the literature and meta-analysis. BMC Infectious Diseases. 2017; № 17(S1). URL: https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-017-2772-3
60. World Health Organization. WHO Guidelines on Hepatitis B and C Testing. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442272/
61. European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol*. 2017; 67: 370–398
62. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA: An integrated approach. Stockholm: ECDC; 2018. URL: https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV-hepatitis-B-and-C-testing-public-health-guidance.pdf
63. Navagam S., Sicuri E., Lemoine M., Easterbrook P., Conteh L., Hallett T.B., et al. Economic evaluations of HBV testing and treatment strategies and applicability to low and middle-income countries. BMC Infectious Diseases. 2017;№17(S1). URL: http://dx.doi.org/10.1186/s12879-017-2778-x
64. Brunner S., Herbel R., Drobesch C., Peters A., Massberg S., Kääb S., et al. Alcohol consumption, sinus tachycardia, and cardiac arrhythmias at the Munich Octoberfest: results from the Munich Beer Related Electrocardiogram Workup Study (MunichBREW). European Heart Journal. 2017; №38(27):2100–6.
65. Manini A.F., Nair A.P., Vedanthan R., Vlahov D., Hoffman R.S. Validation of the Prognostic Utility of the Electrocardiogram for Acute Drug Overdose. Journal of the American Heart Association. 2017; № 6(2). URL: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.116.004320

66. Ioseph J., Basu D. Efficacy of brief interventions in reducing hazardous or harmful alcohol use in middle-income countries: Systematic review of randomized controlled trials. Alcohol and Alcoholism. 2016; № 52 (1): 56-64.
67. Armstrong-Moore R., Haighton C., Davinson N., Ling J. Interventions to reduce the negative effects of alcohol consumption in older adults: a systematic review. BMC Public Health. 2018; №18(1). URL: http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5199-x
68. Batra A., Müller C.A., Mann K., Heinz A. Alcohol dependence and harmful use of alcohol—diagnosis and treatment options. Dtsch Arztebl Int. 2016; № 113: 301–10.
69. American Psychological Association. Recognition of psychotherapy effectiveness. Psychotherapy. 2013; № 50 (1): 102–109.
70. Darker C.D., Sweeney B.P., Barry J.M., et al. Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 5. Art. No.: CD009652.
71. Zhang D.X., Li S.T., Lee Q.K., et al. Systematic review of guidelines on managing patients with harmful use of alcohol in primary healthcare settings. Alcohol Alcohol. 2017; № 52(5): 595-609.
72. Rolland B., Naassila M. Binge drinking: current diagnostic and therapeutic issues. CNS Drugs. 2017; № 31(3):181-186.
73. Nadkarni A., Weobong B., Weiss H.A. et al. Counselling for Alcohol Problems (CAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in India: a randomised controlled trial. Lancet. 2017; № 389(10065): 186-195.
74. Advisory Council on the Misuse of Drugs. Recovery from drug and alcohol dependence: An overview of the evidence. London, England: ACMD, 2012.
75. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Л. Введение в психотерапию в наркологии, применение научно-доказательных моделей психотерапевтического воздействия. Оценка эффективности психотерапии. В кн.: Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016, Глава 10; с. 688-699.
76. Logan D.E., Marlatt G.A. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. J Clin Psychol. 2010; № 66(2):201-14.
77. Назыров Р.К., Ремесло М.Б., Ляшковская С.В. и др. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами. СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014; 19 с.
78. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. В кн.: Н.Н. Иванец. Лекции по наркологии. М.: Медпрактика, 2001; с.233–243.
79. Баранова О.В. Современные психотерапевтические методы, применяемые в наркологической практике. В кн.: Е.А. Кошкина. Клинические и организационные вопросы наркологии. М.: Гениус Медиа, 2011; с. 272–304.
80. Шустов Д.И., Тучина О.Л. Психотерапия алкогольной зависимости. СПб.: СпецЛит; 2016; 416 с.
81. Агибалова Т.В., Тучина О.Л., Шустов Д.И., Рычкова О.В. Основные методы психотерапии наркологических больных. Дифференцированное применение психотерапевтического воздействия. В кн.: Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016; Глава 10; с. 699-711.
82. Wampold B.E. The great psychotherapy debate. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.
83. Norcross J.C., Lambert M.J. Evidence-based therapy relationships. In: J. C. Norcross. Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness. New York: Oxford University Press, 2011; 3-24.
84. Babor T.F., McRee B.G., Kassebaum P.A., et al. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. Subst Abus. 2007; № 28(3): 7-30.
85. Elzerbi C., Donoghue K., Drummond C. A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Addiction. 2015; № 110(7): 1082-91.
86. McDevitt-Murphy M.E., Murphy J.G., Williams J.L., et al. Randomized controlled trial of two brief alcohol interventions for OEF/OIF veterans. J Consult Clin Psychol. 2014; № 82(4):562-8.
87. Winters K.C., Lee S., Botzet A., Fahnhorst T., Nicholson A. One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. Psychol Addict Behav. 2014; № 28(2):464-74.
88. O"Donnell A., Anderson P., Newbury-Birch D., et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. Alcohol Alcohol. 2014; № 49(1):66-78.
89. Bernstein J., Bernstein E., Tassiopoulos K., et al. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. Drug Alcohol Depend. 2005; №77: 49–59.
90. Madras B.K., Compton W.M., Avula D., et al. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake and 6

months later. Drug Alcohol Depend. 2009;№99: 280–295.
91. Walton M.A., Bohnert K., Resko S., et al. Computer and therapist based brief interventions among cannabis-using adolescents presenting to primary care: one year outcomes. Drug Alcohol Depend. 2013; № 132(3):646-53.
92. Weiss R.D., Jaffee W.B., de Menil V.P., Cogley C.B. Group therapy for substance use disorders: what do we know? Harvard Review of Psychiatry. 2004; № 12 (6): 339–350.
93. Crits-Christoph P., Johnson J.E., Connolly Gibbons M.B., Gallop R. Process predictors of the outcome of group drug counseling. J Consult Clin Psychol. 2013; № 81(1): 23-34.
94. Newton N.C., Conrod P.J., Slade T., et al. The long-term effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program in reducing alcohol use and related harms: a cluster randomized controlled trial. J Child Psychol Psychiatry. 2016; № 57(9):1056-65.
95. Yonkers K.A., Forray A., Howell H.B., et al. Motivational enhancement therapy coupled with cognitive behavioral therapy versus brief advice: a randomized trial for treatment of hazardous substance use in pregnancy and after delivery. General Hospital Psychiatry. 2012; №34(5):439-449.
96. Du Plessis U., Young C., Macleod C.I. Harm reduction strategies in alcohol use and abuse: a critical review of interventions. Grahamstown, South Africa: Critical Studies in Sexualities and Reproduction, Rhodes University, report. (2017)
97. Chatters R., Cooper K., Day E., et al. Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: A systematic review. Addiction Research & Theory. 2015;№ 24(2): 93–110.
98. Брюн Е.А. Основы организации наркологической помощи. Наркология. 2010; № 4: с. 7-10.
99. Lundahl B., Burke B.L. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. J Clin Psychol. 2009; № 65: 1232-45.
100. Vasilaki E.I., Hosier S.G., Cox W.M. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. Alcohol Alcohol. 2006; № 41(3):328-35.
101. Smith D.C., Ureche D.I., Davis J.P., Walters S.T. Motivational interviewing with and without normative feedback for adolescents with substance use problems: a preliminary study. Subst Abus. 2015; № 36(3): 350-8.
102. Moyers T. B., Houck J. Combining Motivational Interviewing with cognitive- behavioral treatments for substance abuse: Lessons from the COMBINE Research Project. Cognitive and Behavioral Practice. 2011; № 18 (1): 38-45.
103. Mbuagbaw L., Sivaramalingam B., Navarro T. et al. Interventions for enhancing adherence to antiretroviral therapy (ART): a systematic review of high quality studies. AIDS Patient Care STDS. 2015; №29(5):248-66.
104. Kader R., Govender R., Seedat S., Koch J.R., Parry C. Understanding the impact of hazardous and harmful use of alcohol and/or other drugs on ARV adherence and disease progression. PLoS ONE. 2015; №10(5): e0125088. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25933422
105. Parsons J.T., Golub S.A., Rosof E., Holder C. Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: a randomized controlled trial. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007; № 46(4):443–450.
106. Ingersoll K.S., Farrell-Carnahan L., Cohen-Filipic J., et al. A pilot randomized clinical trial of two medication adherence and drug use interventions for HIV+ crack cocaine users. Drug Alcohol Depend. 2011; № 116(1–3): 177–187.
107. Sansone R.A., Sansone L.A. Alcohol/Substance misuse and treatment nonadherence: fatal attraction. Psychiatry (Edgmont). 2008; № 5: 43–46.
108. Zweben A., Pettinati H. M., Weiss R. D., et al. Relationship between medication adherence and treatment outcomes: The COMBINE study. Alcohol, Clinical and Experimental Research, 2008; № 32 (9): 1661–1669.
109. Binford M.C., Kahana S.Y., Altice F.L. A systematic review of antiretroviral adherence interventions for HIV-infected people who use drugs. Curr HIV/AIDS Rep. 2012; № 9(4):287-312.
110. Wohl D.A., Allmon A.G., Evon D., et al. Financial incentives for adherence to hepatitis C virus clinical care and treatment: a randomized trial of two strategies. Open Forum Infect Dis. 2017; № 4(2): ofx095. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28695144.
111. Kalichman S.C., Grebler T., Amaral C.M., et al. Intentional non-adherence to medications among HIV positive alcohol drinkers: prospective study of interactive toxicity beliefs. J Gen Intern Med. 2013; № 28(3):399-405.
112. Conrod P.J. Personality-targeted interventions for substance use and misuse. Current Addiction Report. 2016; № 3(4):426–36.
113. Conrod P.J., Castellanos-Ryan N., Mackie C.J. Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2011; № 79(3):296–306.

114. Conrod P. J., Castellanos-Ryan N., Strang J. Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2 year period during adolescence. Archives of General Psychiatry. 2010; № 67(1): 85-93.
115. Axelrod S.R., Perepletchikova F., Holtzman K., et al. Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. Am J Drug Alcohol Abuse. 2011; № 37(1): 37-42.
116. Oikonomou M.T., Arvanitis M., Sokolove R.L. et al. Mindfulness training for smoking cessation: A meta-analysis of randomized-controlled trials. J Health Psychol. 2017; № 22(14):1841-1850.
117. Kamboj S.K., Irez D., Serfaty S., et al. Ultra-brief mindfulness training reduces alcohol consumption in at-risk drinkers: a randomized double-blind active-controlled experiment. Int J Neuropsychopharmacol. 2017; № 20(11): 936-947.
118. Kober H. Emotion regulation in substance use disorders. In: Gross J.J. ed. Handbook of Emotion Regulation. 2nd Edition. New York: Guilford Press; 2013: 428-446.
119. Paulus D.J., Jardin C., Bakhshaie J., et al. Anxiety sensitivity and hazardous drinking among persons living with HIV/AIDS: An examination of the role of emotion dysregulation. Addict Behav. 2016; № 63:141-8.
120. Watkins L. E., Franz M. R., DiLillo D., Gratz K. L., Messman-Moore T. L. Does drinking to cope explain links between emotion-driven impulse control difficulties and hazardous drinking? A longitudinal test. Psychology of Addictive Behaviors. 2015;№*29*(4): 875-884.
121. Brister H.A. Increasing emotion regulation skills for the reduction of heavy drinking. Austin: The University of Texas; 2012; URL: https://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/19476.
122. Walters G.D. Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies. Behavior Therapy. 2000; № 31: 135–149.
123. Miller W.R., Leckman A.L., Delaney H.D., Tinkcom M. Long-term follow-up of behavioral self-control training. Journal of Studies on Alcohol.1992;№53(3):249–261.
124. Koerkel J. Behavioural self-management with problem drinkers: One-year follow-up of a controlled drinking group treatment approach. Addiction Research & Theory. 2006; № 14(1): 35-49.
125. Witkiewitz K., Marlatt G.A. Overview of harm reduction treatments for alcohol problems. International Journal of Drug Policy. 2006; № 17(4): 285 - 294.
126. Gajecki M., Andersson C., Rosendahl I., et al. Skills training via smartphone app for university students with excessive alcohol consumption: a randomized controlled trial. Int J Behav Med. 2017; № 24(5): 778-788.
127. Kenney S. R., Napper L. E., LaBrie J. W., Martens M. P. Examining the efficacy of a brief group protective behavioral strategies skills training alcohol intervention with college women. Psychology of Addictive Behaviors.2014; № *28*(4): 1041-1051.
128. Griffin K.W., Botvin G.J. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2010; № 19(3): 505-26.
129. Van der Pol T.M., Hoeve M., Noom M.J., Stams G.J.J.M., Doreleijers T.A.H., van Domburgh L., et al. Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2017; № 58(5): 532–45.
130. Vermeulen-Smit E., Verdurmen J.E., Engels R.C. The effectiveness of family interventions in preventing adolescent illicit drug use: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Child Fam Psychol Rev. 2015; № 18(3):218-39.
131. Velleman R., Orford J., Templeton L., Copello A., Patel A., Moore L., et al. 12-Month follow-up after brief interventions in primary care for family members affected by the substance misuse problem of a close relative. Addiction Research & Theory. 2011; №19(4):362–74.
132. Powers M.B., Vedel E., Emmelkamp P.M.G. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A metaanalysis. Clinical Psychology Review. 2008; № 28 (6): 952-962.
133. Velleman R.D., Templeton L.J., Copello A.G. The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. Drug Alcohol Rev. 2005; № 24(2):93-109.
134. FlückigerC., Del Re A. C., Wampold B. E., & Horvath, A. O. The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*. 2018; №*55*(4): 316-340.
135. Del Re A.C., Fluckiger C., Horvath A.O. et al. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2012; №32: 642-9.
136. Norcross J.C., Lambert M.J. Psychotherapy relationships that work II. Psychotherapy. 2011; № 48(1): 4–8.
137. Imel Z.E., Wampold B.E., Miller S.D., Fleming R.R. Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. Psychol Addict Behav. 2008; №22(4): 533-43.

138. Wiprovnick A. E., Kuerbis A. N., Morgenstern J. The effects of therapeutic bond within a brief intervention for alcohol moderation for problem drinkers. Psychology of Addictive Behaviors. 2015; №29(1): 129-135.
139. Rudge S., Feigenbaum J.D., Fonagy P. Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy and cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: a critical review of the literature. J Ment Health. 2017: 1-11. URL.: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28480806
140. Berry K., Gregg L., Lobban F., Barrowclough C. Therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. Compr Psychiatry. 2016; № 67:73-80.
141. Meier P.S., Barrowclough C., Donmall M.C. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. Addiction. 2005; № 100 (3): 304–316.
142. Ilgen M., Tiet Q., Finney J., MoosR. H. Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes. Journal of Studies on Alcohol.2006a; № 67: 465–472.
143. Ilgen M.A., McKellar J., Moos R., FinneyJ.W. Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. Journal of Substance Abuse Treatment. 2006b; № 31(2): 157–162.
144. King S.C. A comparison between telehealth and face-to-face brief alcohol interventions for college students. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska: Department of Psychology; 2015. 77. URL: http://digitalcommons.unl.edu/psychdiss/77
145. Moyers T.B., Miller W.R. Is low therapist empathy toxic? Psychol Addict Behav. 2013; № 27 (3): 878–884.
146. Moos R.H. Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. Addiction. 2005; № 100(5): 595-604.
147. Soto A. A meta-analytic review of the association of therapeutic alliance, therapist empathy, client attachment style, and client expectations with client outcome. Brigham Young University; 2017: 6493. URL: https://scholarsarchive.byu.edu/etd/6493.
148. Bien T.H., Miller W. R., Tonigan J.S. Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction. 1993; № 88: 315-336.
149. Najavits L.M., Crits-Christoph P., Dierberger A. Clinicians' impact on substance abuse treatment. Substance Use and Misuse, 2000; № 35:2161-2190.
150. Satre D.D., Delucchi K., Lichtmacher J., Sterling S.A., Weisner C. Motivational interviewing to reduce hazardous drinking and drug use among depression patients. J Subst Abuse Treat. 2013; № 44(3):323-9.
151. Satre D.D., Leibowitz A., Sterling S.A., et al. A randomized clinical trial of Motivational Interviewing to reduce alcohol and drug use among patients with depression. J Consult Clin Psychol. 2016; № 84(7): 571-9.
152. McKenzie K. J., Pierce D., Gunn J. A systematic review of motivational interviewing in healthcare: the potential of motivational interviewing to address the lifestyle factors relevant to multimorbidity. Journal of Comorbidity. 2015; № 5: 162–174.
153. Lambert M. J., Whipple J. L., Kleinstäuber M. Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. Psychotherapy. 2018; № 55(4): 520–37.
154. Pedersen E. R., Parast L., Marshall G. N., Schell T. L., Neighbors C. A randomized controlled trial of a web-based, personalized normative feedback alcohol intervention for young-adult veterans. Journal of Consulting and Clinical Psychology.2017; № 85(5), 459-470.
155. Kaner E., Bland M., Cassidy P., et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. BMJ; 2013; № 346: e8501–e8501. URL: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e8501
156. O"Donnell A., Wallace P., Kaner E. From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? Frontiers in Psychiatry. 2014; № 5. URL: http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00113
157. Crits-Christoph P., Ring-Kurtz S., Hamilton J.L., et al. A preliminary study of the effects of individual patient-level feedback in outpatient substance abuse treatment programs. J Subst Abuse Treat. 2012; № 42(3): 301-9.
158. Daniels R., Holdsworth E., Tramontano C. Relating therapist characteristics to client engagement and the therapeutic alliance in an adolescent custodial group substance misuse treatment program. Substance Use and Misuse. 2017; № 52(9): 1133-1144.
159. Manuel J. K., Hagedorn H. J., Finney J.W. Implementing evidence-based psychosocial treatment in specialty substance use disorder care. Psychology of Addictive Behaviors. 2011; № 25(2): 225–37.
160. Center for Substance Abuse Treatment. Clinical supervision and professional development of the substance abuse counselor: A Treatment Improvement Protocol (TIP) 52. HHS Publication No. (SMA) 09-4435. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009.
161. Rothrauff-Laschober T.C., Eby L.T., Sauer J.B. Effective clinical supervision in substance use disorder treatment programs and counselor job performance. J Ment Health Couns. 2013; №

35(1): 76-94.
162. Knudsen H.K., Ducharme L.J., Roman P.M. Clinical supervision, emotional exhaustion, and turnover intention: a study of substance abuse treatment counselors in the Clinical Trials Network of the National Institute on Drug Abuse. J Subst Abuse Treat. 2008; № 35(4): 387-95.
163. Шустов Д.И. Анализ супервизионных наркологических случаев. Вопросы наркологии. 2014; № 3: с. 89–96.
164. Lock C. A., Kaner E. F. Implementation of brief alcohol interventions by nurses in primary care: Do non-clinical factors influence practice? Family Practice. № 21(3), 270–275.
165. Resko S.M., Walton M.A., Chermack S.T., Blow F.C., Cunningham R.M. Therapist competence and treatment adherence for a brief intervention addressing alcohol and violence among adolescents. Journal of substance abuse treatment. 2012; № 42 (4): 429-437.
166. Campos-Melady M., Smith J. E., Meyers R. J., Godley S. H., Godley M. D. The effect of therapists' adherence and competence in delivering the adolescent community reinforcement approach on client outcomes. Psychology of Addictive Behaviors. 2017; № 31(1): 117-129.
167. Sholomskas D. E., Syracuse-Siewert G., Rounsaville B. J., et al. We don"t train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2005; № 73: 106–115.
168. Walters S. T., Matson S.A., Baer J. S., Ziedonis D.M. Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction treatments: a systematic review. Journal of Substance Abuse Treatment. 2005; № 29(4): 283–293.
169. de RotenY., ZimmermanG., Ortega D., Despland J. Meta-analysis of the effects of MI training on clinicians" behaviour. Journal of Substance Abuse Treatment. 2013; № 45: 155-162.
170. Schwalbe C.S., Oh H.Y., Zweben A. Sustaining motivational interviewing: a meta-analysis of training studies. Addiction. 2014; № 109(8): 1287–1294.
171. Bradshaw K.M., Donohue B., Wilks C. A review of quality assurance methods to assist professional record keeping: Implications for providers of interpersonal violence treatment. Aggression and violent behavior. 2014; № 19 (3): 242-250.
172. American Psychological Association (APA). Record keeping guidelines. American Psychologist. 2007; № 62(9): 993–1004.
173. Buchanan H., Jelsma J., Siegfried N. Practice-based evidence: Evaluating the quality of occupational therapy patient records as evidence for practice. South African Journal of Occupational Therapy. 2016; № 46(1): 65-73.
174. Брюн Е.А., Копоров С.Г., Егоров С.В., Кирьяк Ю.В., Бегунов В.И. Стандартизация учёта работы врача-психотерапевта в условиях амбулаторной наркологической практики. Наркология. 2013; Т. 12., № 6 (138): с. 23-31.
175. Samet S., Waxman R., Hatzenbuehler M., Hasin D.S. Assessing addiction: concepts and instruments. Addict Sci Clin Pract. 2007; № 4(1): 19-31.
176. Lien I.A., Arnevik E.A. Assessment of personality problems among patients with substance use disorders. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2016; №33(4): 399-414.
177. Агибалова Т.В., Гуревич Г.Л., Кузнецов А.Г., Рычкова О.В. Применение мотивационного интервью в наркологической практике. Методические рекомендации для врачей психиатров-наркологов, психиатров, психотерапевтов, клинических психологов. ФГУ ННЦ наркологии МЗСР. 2012; 34 с.
178. Lezak M.D., Howieson D.B., Bigler E.D., Tranel D. Neuropsychological assessment (Fifth ed.). Oxford: Oxford University Press, 2012; 1200 p.
179. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб: Питер, 2008; 688 с.
180. Анастази А., Урбина С. Психологическое тестирование. СПб.: Питер, 2007; 688 с.
181. Babor T.F. Taking stock: twenty-five years of translational research on alcohol screening and brief intervention. NAT: Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift. 2008; № 25(6), 578-580.
182. Pengpid S., Peltzer K., Skaal L., et al. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among hospital outpatients in South Africa: results from a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2013; № 13:644. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3849548/
183. Peltzer K., Naidoo P., Louw J., et al. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among patients with active tuberculosis attending primary public care clinics in South Africa: results from a cluster randomized controlled trial. BMC Public Health. 2013; № 13:699. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3733870/
184. Ioseph J., Das K., Sharma S., et al. ASSIST linked alcohol screening and brief intervention in workplace: results of 4 month follow up. *Indian J Soc Psychiat*. 2014; №30: 80-6.
185. Bertholet N., Daeppen J.B., Wietlisbach V., Fleming M., Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2005; № 165(9):986-95.
186. Stein L.A., Minugh P.A., Longabaugh R. et al. Readiness to change as a mediator of the effect of a brief motivational intervention on posttreatment alcohol-related consequences of injured

emergency department hazardous drinkers. Psychol Addict Behav. 2009; № 23(2):185-95.
187. Myers B., van der Westhuizen C., Naledi T., et al. Readiness to change is a predictor of reduced substance use involvement: findings from a randomized controlled trial of patients attending South African emergency departments. BMC Psychiatry. 2016; № 16: 35. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4761196/
188. Merrill J.E., Wardell J.D., Read J.P. Is readiness to change drinking related to reductions in alcohol use and consequences? A week-to-week analysis. J Stud Alcohol Drugs. 2015; № 76(5):790-8.
189. Krampe H., Salz A.L., Kerper L.F., et al. Readiness to change and therapy outcomes of an innovative psychotherapy program for surgical patients: results from a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2017; № 17(1): 417.
190. Miller W.R., Tonigan J.S. Assessing drinkers" motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors. 1996; № 10: 81–89.
191. Климанова С.Г., Трусова А.В., Киселев А.С., Бернцев В.А., Громыко Л.И., Илюк Р.Л., Крупицкий Е.М. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES) // Консультативная психология и психотерапия. 2018; № 26(3): 80-104.
192. Hershberger A.R., Um M., Cyders M.A. The relationship between the UPPS-P impulsive personality traits and substance use psychotherapy outcomes: A meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2017; № 178: 408-416.
193. Newton-Howes G.M., Foulds J.A., Guy N.H., Boden J.M., Mulder R.T. Personality disorder and alcohol treatment outcome: systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry. 2017; №211(1):22–30.
194. Measelle J.R., Stice E., Springer D.W. A prospective test of the negative affect model of substance abuse: moderating effects of social support. Psychol Addict Behav. 2006; № 20(3):225-33.
195. Turiano N.A., Whiteman S.D., Hampson S.E., Roberts B.W., Mroczek D.K. Personality and substance use in midlife conscientiousness as a moderator and the effects of trait change. J Res Pers. 2012; №46(3):295-305.
196. Foulds J., Newton-Howes G., Guy N.H., Boden J.M., Mulder R.T. Dimensional personality traits and alcohol treatment outcome: a systematic review and meta-analysis. Addiction. 2017; №112(8):1345–57.
197. Blankers M., Koeter M.W., Schippers G.M. Baseline predictors of treatment outcome in Internet-based alcohol interventions: a recursive partitioning analysis alongside a randomized trial. BMC Public Health. 2013; №13: 455. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23651767
198. Kelly M., Chick J., Gribble R., et al. Predictors of relapse to harmful alcohol after orthotopic liver transplantation. Alcohol Alcohol. 2006; № 41(3):278-83.
199. Дворшенко В.П. Диагностический тест личностных расстройств. М.: Речь, 2008; 112 с.
200. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Патохарактерологические исследования у подростков. Л.: изд. инст. им. Бехтерева, 1981.
201. Батаршев А.В. Диагностика черт личности и акцентуаций. Практическое руководство. М.: Психотерапия, 2006; 288 с.
202. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (MMPI) Практическое руководство. М.: Речь, 2007; 224 с.
203. Алмаев Н.А., Островская Л.Д. Адаптация опросника темперамента и характера Р. Клонинджера на русскоязычной выборке. Вестник Московского университета. Психологический журнал. 2005; №6: с.74-86.
204. Poorolajal J., Haghtalab T., Farhadi M., Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. J Public Health (Oxf). 2016; № 38(3):e282-e291. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26503486.
205. Breet E., Goldstone D., Bantjes J. Substance use and suicidal ideation and behaviour in low- and middle-income countries: a systematic review. BMC Public Health. 2018; № 18(1). URL: http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5425-6
206. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D., van Heeringen K., Arensman E., Sarchiapone M., et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The Lancet Psychiatry. 2016;№3(7):646–59.
207. Qvefeso A., Schifano F., Ghodse H. Fatal injuries while under the influenceof psychoactive drugs: a cross-sectional exploratory study in England. BMC Public Health. 2006; № 6: 148. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1523208/
208. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. СПб: Спецлит, 2016; 207 с
209. Брюн Е.А., Шустов Д.И. Бузик О.Ж. Целесообразность организации суицидологической службы в наркологии. Психиатрия. 2007; № 1: с. 278-279.

210. Шустов Д.И., Меринов А.В., Валентик Ю.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. М.: Секция наркологии МЗ РФ, 2000; 20 с.
211. Гелда А. П., Нестерович А. Н. Диагностические шкалы в оценке риска суицида. Военная медицина. 2014; №3: с.101-107.
212. Hall L. H. Session-by-session feedback from psychotherapy outcome assessment: an analysis of treatment utility. 2016. Dissertations. 1454. URL: http://scholarworks.wmich.edu/dissertations/1454
213. Goodman J. D., McKay J. R., DePhilippis D. Progress monitoring in mental health and addiction treatment: A means of improving care. Professional Psychology: Research and Practice. 2013;№ 44(4): 231-246.
214. Carlier I.V., Meuldijk D., Van Vliet I.M., Van Fenema E, Van der Wee N.J., Zitman F.G. Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. J Eval Clin Pract. 2012; № 18(1): 104-10.
215. Raes V., De Jong C.A.J, De Bacquer D., Broekaert E., De Maeseneer J. The effect of using assessment instruments on substance-abuse outpatients" adherence to treatment: a multi-centre randomised controlled trial. BMC Health Services Research. 2011; № 11 (1): URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3126700/
216. Mattson M.E., Boca F.K., Carroll K.M., Cooney N.L., DiClemente C.C., Donovan D., et al. Compliance with treatment and follow-up protocols in Project MATCH: predictors and relationship to outcome. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1998; № 22 (6): 1328–39.
217. Demonceau J., Ruppar T., Kristanto P., Hughes D.A., Fargher E., et al. Identification and assessment of adherence-enhancing interventions in studies assessing medication adherence through electronically compiled drug dosing histories: a systematic literature review and meta-analysis. Drugs. 2013; №73(6): 545–62.
218. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Голощапов И.В., Рычкова О.В. Согласие на лечение в наркологии: старая проблема и новый подход. Наркология. 2008; № 1: с. 91-95.
219. Голощапов И. В. Формирование согласия на лечение у больных зависимостью от алкоголя: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27. Москва, 2010; 180 с.
220. McDowell A.K., Lineberry T.W., Bostwick J.M. Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. Mayo Clin Proc. 2011; № 86(8):792-800.
221. Dimeff L.A., Linehan M.M. Dialectical behavior therapy for substance abusers. Addict Sci Clin Pract. 2008; № 4(2):47-9.
222. Mertens J.R., Flisher A.J., Ward C.L., et al. Medical conditions of hazardous drinkers and drug users in primary care clinics in Cape Town, South Africa. J Drug Issues. 2009; № 39(4). pii: 75796776. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21197147.
223. Subramaniam M., Mahesh M.V., Peh C.X., et al. Hazardous alcohol use among patients with schizophrenia and depression. Alcohol. 2017; № 65: 63-69.
224. Watkins K.E., Paddock S.M., Zhang L., et al. Improving care for depression in patients with comorbid substance misuse. American Journal of Psychiatry. 2006; №163: 125–32.
225. Flanagan J.C., Korte K.J., Killeen T.K., Back S.E. Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD. Curr Psychiatry Rep. 2016; № 18(8):70.
226. Roberts N.P., Roberts P.A., Jones N., Bisson J.I. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016; №4: CD010204.
227. Kelly T.M., Daley D.C., Douaihy A.B. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. Addict Behav. 2012; № 37(1): 11-24.
228. McKee S. A. Concurrent substance use disorders and mental illness: Bridging the gap between research and treatment. Canadian Psychology/Psychologie canadienne. 2017;№*58*(1): 50-57.
229. Glasner-Edwards S., Rawson R. Evidence-based practices in addiction treatment: review and recommendations for public policy. Health Policy.2010. №97 (2–3):93–104.
230. Pearson F.S., Prendergast M.L., Podus D. et al. Meta-analyses of seven of the National Institute on Drug Abuse"s principles of drug addiction treatment. Journal of Substance Abuse Treatment. 2012; № 43 (1): 1 – 11. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22119178.
231. Darker C., Sweeney B., Keenan E., et al. Tailoring a brief intervention for illicit drug use and alcohol use in Irish methadone maintained opiate dependent patients: a qualitative process. BMC Psychiatry. 2016; № 16 (1): 373. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5094097/
232. Lindhiem O., Bennett C. B., Trentacosta C. J., McLear K. A meta-analysis of personalized treatment goals in psychotherapy: A preliminary report and call for more studies. Clinical Psychology: Science and Practice. 2014; № 23: 165–176.
233. Heather N., McCambridge J.; UKATT Research Team. Post-treatment stage *of* change predicts 12-month outcome of treatment for alcohol problems. Alcohol Alcohol. 2013; № 48(3): 329-36.

234. Felicíssimo F.B., Barros V.V. de, Pereira S.M., Rocha N.Q., Lourenço L.M. A systematic review of the transtheoretical model of behaviour change and alcohol use. Psychologica. 2014; № 1(57): 7–22.
235. Smit E.S., Brinkhues S., de Vries H., Hoving C. Subgroups among smokers in preparation: a cluster analysis using the I-Change Model. Subst Use Misuse. 2018; № 53(3):400-411.
236. Noar S.M., Benac C.N., Harris M.S. Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. Psychol Bull. 2007;№133(4):673-93.
237. Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C. Applying the stages of change. Psychotherapy in Australia; 2013; №19 (2): 10-15.
238. Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C. Changing for Good. New York: Morrow, 1994; 304 p.
239. Friedrichs A., Spies M., Härter M., Buchholz A. Patient preferences and shared decision making in the treatment of substance use disorders: a systematic review of the literature. PLoS ONE. 2016; № 11(1): e0145817. URL: doi:10.1371. journal.pone.0145817
240. Joosten E.A., De Weert-Van Oene G.H., Sensky T., et al. Treatment goals in addiction healthcare: the perspectives of patients and clinicians. Int J Soc Psychiatry. 2011; № 57(3): 263-76.
241. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Л., Мухин А.А., Гуревич Г.Л. Стратегия снижения потребления алкоголя как новая возможность в терапии алкогольной зависимости. Социальная и клиническая психиатрия. 2015; № 25 (3): с. 61-68.
242. van Amsterdam J., van den Brink W. Reduced-risk drinking *as a* viable treatment goal *in* problematic alcohol use and alcohol dependence. J Psychopharmacol. 2013; № 27(11): 987-97.
243. Adamson S.J., Heather N., Morton V., Raistrick D.; UKATT Research Team. Initial preference for drinking goal in the treatment *of* alcohol problems: II. Treatment outcomes. Alcohol Alcohol. 2010; № 45(*2*): 136-42.
244. Bradley K.A., Kivlahan D.R. Bringing patient-centered care to patients with alcohol use disorders. JAMA. 2014; № 311(18):1861-2.
245. Barrio P., Gual A. Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: a systematic review of randomized controlled trials. Patient Prefer Adherence. 2016; № 10: 1823–1845.
246. Janz N.K., Becker M.H., Hartman P.E. Contingency contracting to enhance patient compliance: a review. Patient Educ Couns. 1984; № 5 (4):165–178.
247. Hall D.E., Prochazka A.V., Fink A.S. Informed consent for clinical treatment. CMAJ. 2012; № 184(5): 533-40.
248. Dougherty D.M., Lake S.L., Hill-Kapturczak N., et al. Using contingency management procedures to reduce at-risk drinking in heavy drinkers. Alcohol Clin Exp Res. 2015; № 39(4):743-51.
249. Prendergast M., Podus D., Finney J., Greenwell L., Roll J. Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. Addiction. 2006; № 101(11):1546–60.
250. Bach P., McCracken S.G. Best practice guidelines for behavioral interventions. Behavioral health recovery management project. Illinois: Illinois Department of Human Services' Office of Alcoholism and Substance Abuse, 2006. 58 p.
251. Carroll K.M., Kiluk B.D. Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. Psychol Addict Behav. 2017; № 31 (8): 847-861.
252. Stanger C., Budney A.J., Kamon J.L., Thostensen J. A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. Drug Alcohol Depend 2009; № 105:240.
253. Lenaerts E., Matheï C., Matthys F., Zeeuws D., Pas L., Anderson P., et al. Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. Drug and Alcohol Dependence. 2014; №135:9–21.
254. Kiluk B.D., Carroll K.M. New developments in behavioral treatments for substance use disorders. Curr Psychiatry Rep. 2013; № 15 (12): 420.
255. World Health Organization. The effectiveness of a brief intervention for illicit drugs linked to the alcohol, smoking, and substance involvement screening test (ASSIST) in 30 primary health care settings: a technical report of phase III findings of the WHO ASSIST Randomized control trial. 2008; URL: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_technicalreport_phase3_final.pdf.
256. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2014; 224 p; URL: http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/
257. McQueen J., Howe T.E., Allan L., Mains D., Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; № 8: CD005191.
258. Rehm J., Anderson P., Manthey J., et al. Alcohol use disorders in primary health care: what do we know and where do we go? Alcohol Alcohol. 2016; № 51(4):422-7.

259. Elzerbi C., Donoghue K., Boniface S., Drummond C. Variance in the Efficacy of Brief Interventions to Reduce Hazardous and Harmful Alcohol Consumption Between Injury and Noninjury Patients in Emergency Departments: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Annals of Emergency Medicine. 2017; №70(5): 714–723.
260. Sullivan L.E., Tetrault J.M., Braithwaite R.S., Turner B.J., Fiellin D.A. A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: implications for the patient-centered medical home. Am J Addict. 2011; № 20(4):343-56.
261. Platt L., Melendez-Torres G.J., O"Donnell A., *et al.* How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. *BMJ Open.* 2016; №**6**: e011473. URL: https://bmjopen.bmj.com/content/6/8/e011473.citation-tools
262. Cordovilla-Guardia S., Fernández-Mondéjar E., Vilar-López R. Effect of a brief intervention for alcohol and illicit drug use on trauma recidivism in a cohort of trauma patients. PLoS One. 2017; № 12(8): e0182441. URL: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182441.
263. Smedslund G., Berg R.C., Hammerstrøm K.T., et al. Motivational interviewing for substance abuse. Cochrane Database Syst Rev. 2011; CD008063.
264. Lundahl B.W., Kunz C., Brownell C., Tollefson D., Burke B.L. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. Research on Social Work Practice. 2010; № 20(2): 137-160.
265. Grenard J. L., Ames S. L., Pentz M. A., Sussman S. Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug related problems. International Journal of Adolescent Medicine and Health. 2006; № 18(1): 53- 67.
266. Riper H., Andersson G., Hunter S. B., et al. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a metaanalysis. Addiction. 2014; №109(3): 394-406.
267. Lundahl B., Moleni T., Burke B. L., et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. Patient Education and Counseling. 2013; № 93(2): 157- 168.
268. Branscum P., Sharma M. Systematic review of motivational interviewing-based interventions targeting problematic drinking among college students. Alcoholism Treatment Quarterly. 2010; № 28(1): 63-77.
269. Gates P.J., Sabioni P., Copeland J., et al. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2016; CD005336.
270. Baker A., Lewin T., Reichler H., et al. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatricin-patient services. Addiction. 2002; № 97(10): 1329-37.
271. Nyamathi A., Shoptaw S., Cohen A., et al. Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. Drug Alcohol Depend. 2010; № 107(1):23-30.
272. Brown R.A., Abrantes A.M., Minami H., et al. Motivational interviewing to reduce substance use in adolescents with psychiatric comorbidity. J Subst Abuse Treat. 2015; № 59:20-9.
273. Reyes-Rodríguez F., Mejía-Trujillo J., Pérez-Gómez A., Cardozo F., Pinto C. Effectiveness of a brief intervention based on motivational interviewing in Colombian adolescents. Psic.: Teor. e Pesq. 2017; №33: e33421. URL: http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33421
274. Heckman C. J., Egleston B. L., Hofmann M. T. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Tobacco control. 2010; № 19(5): 410-416.
275. Lindson-Hawley N., Thompson T.P., Begh R. Motivational interviewing *for* smoking cessation. Cochrane DatabaseofSystematic Reviews. 2015;№ 3: CD006936.
276. Magill M., Ray L.A.Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Stud Alcohol Drugs. 2009; № 70 (4): 516-27.
277. Morin J.-F.G., Harris M., Conrod P.J. A review of CBT treatments for substance use disorders. Oxford Handbooks Online. Oxford University Press; 2017; URL: http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199935291.013.57
278. Carpenter J.K., Andrews L.A., Witcraft S.M., et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Depress Anxiety. 2018; URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29451967
279. Hofmann S.G., Asnaani A., Vonk I.J.J., Sawyer A.T., Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Cognit Ther Res. 2012; № 36(5): 427-440.
280. Vujanovic A.A., Meyer T.D., Heads A.M., et al. Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. Am J Drug Alcohol Abuse. 2017; № 43(4):402-415.
281. Hans E., Hiller W. A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. Clinical Psychology Review. 2013; № 33(8): 954-964.
282. Johnsen T. J., Thimm J. C. A meta-analysis of group cognitive–behavioral therapy as an antidepressive treatment: Are we getting better? Canadian Psychology/Psychologie

canadienne.2018; №59(1): 15-30.
283. Cuijpers P., Berking M., Andersson G., et al. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. CanJPsychiatry. 2013; № 58(7):376–385
284. Barnett N.P., Tidey J., Murphy J.G, Swift R., Colby S.M. Contingency management for alcohol use reduction: a pilot study using a transdermal alcohol sensor. Drug Alcohol Depend. 2011; № 118(2-3): 391-9.
285. Savegh C. S., Huey S. J., Zara E. J., Jhaveri K. Follow-Up treatment effects of contingency management and motivational interviewing on substance use: a meta-analysis. Psychol Addict Behav. 2017; № 31(4):403-414.
286. Zgierska A., Rabago D., Chawla N., et al. Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. Subst Abus. 2009; № 30(4): 266-94.
287. Li W., Howard M.O., Garland E.L., McGovern P., Lazar M. Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. J Subst Abuse Treat. 2017; № 75: 62-96.
288. Saladin M.E., Santa Ana E.J. Controlled Drinking: more than just a controversy. Current Opinion in Psychiatry. 2004; № 17(3): 175–187.
289. Hester R.K., Lenberg K.L., Campbell W., Delaney H.D. Overcoming Addictions, a Web-based application, and SMART Recovery, an online and in-person mutual help group for problem drinkers, part 1: three-month outcomes of a randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research.2013; № 15(7): e134. URL: http:. www.jmir.org. 2013. 7. e134.
290. Hester R.K., Delaney H.D., Campbell W., Handmaker N. A web application for moderation training: Initial results of a randomized clinical trial. Journal of Substance Abuse Treatment.2009; № 37: 266–276.
291. Becker J., Haug S., Kraemer T., Schaub M.P. Feasibility of a group cessation program for co-smokers of cannabis and tobacco. Drug and Alcohol Review. 2015; № 34(4):418–26.
292. Connors G. J., Walitzer K. S., Prince M. A., Kubiak A. Secondary prevention of alcohol problems in rural areas using a bibliotherapy-based approach. *Journal of Rural Mental Health.*2017; №*41*(2): 162-173.
293. Carney T., Myers B. Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. Springer Nature; 2012; №7(1):25. URL: http://dx.doi.org/10.1186/1747-597x-7-25
294. Bröning S., Kumpfer K., Kruse K., Sack P.-M., Schaunig-Busch I., Ruths S., et al. Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. 2012; № 7(1):23.
295. Allen M.L., Garcia-Huidobro D., Porta C., Curran D., Patel R., Miller J., et al. Effective Parenting Interventions to Reduce Youth Substance Use: A Systematic Review. Pediatrics. 2016;№138(2):e20154425. URL: http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-4425
296. Leeies M., Pagura J., Sareen J., Bolton J.M. The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of post-traumatic stress disorder. Depression and Anxiety. 2010; № 27: 731–736.
297. Bordin E.S. Theory and research on the therapeutic working alliance: New Directions. In: A.O. Horvath, L.S. Greenberg. The Working Alliance. Theory, Research, and Practice. New York: Wiley, 1994; P. 13–37.
298. Horvath A.O., Del Re A.C., Flückiger C., Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. Psychotherapy. 2011; № 48 (1): 9–16.
299. Meier P.S., Donmall M.C., McElduff P., et al. The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. Drug and Alcohol Dependence. 2006; № 83(1): 57–64.
300. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля: психотерапия в программах медицинской реабилитации. Вопросы наркологии. 2015; № 3: с. 87 -107.
301. Oiehagen A., Berglund M., Hansson L. The relationship between helping alliance and outcome in outpatient treatment of alcoholics: a comparative study of psychiatric treatment and multimodal behavioural therapy. Alcohol & Alcoholism. 1997; № 32 (3): 241–249.
302. Агибалова Т.В., Тучин П.В., Шустов Д.И. Значение терапевтического альянса для формирования комплиантного поведения у больных опиоидной наркоманией. Психотерапия. 2013; № 12: с. 24–30.
303. Darchuk A. The role of the therapeutic alliance and its relationship to treatment outcome and client motivation in an adolescent substance abuse treatment setting. Thesis: Doctor of Philosophy (PhD). Ohio University, Clinical Psychology (Arts and Sciences), 2007.
304. Woody G.E., Mercer D.S., Luborsky L. Individual psychotherapy for substance use disorders. In: M. Galanter, H.D. Kleber. Textbook of Substance Abuse Treatment. Washington DC: The American Psychiatric Press, 1999; 343–352. URL: http:.uhrn.civicua.org. library. psy. index.htm.
305. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии. М.: Апрель Пресс, Изд-во Эксмо, 2002. 976 с.

306. Miller W.R., Taylor C., West J. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. Journal of Consulting and Clinical Psychology.1980; № 48:590–601.
307. Ritter A., Bowden S., Murray T. et al. The influence of the therapeutic relationship in treatment for alcohol dependency. Drug and Alcohol Review.2002; № 21 (3):261–268.
308. Saarnio P. Factors associated with dropping out from outpatient treatment of alcohol–other drug abuse. Alcoholism Treatment Quarterly. 2002; № 20(2): 17–33.
309. White W.L., Miller W.R. The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for a change. The Counselor. 2007; №8 (4):12–30.
310. Miller W.R., Benefield R.G., Tonigan J.S. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1993; №61: 455–461.
311. Karno M.P., Longabaugh R. An examination of how therapist directiveness interacts with patient anger and reactance to predict alcohol use. Journal of Studies on Alcohol. 2005; №66: 825–832.
312. Shimokawa K., Lambert M. J., Smart D. W. Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 2010; № 78: 298–311.
313. Price D.D., Finniss D.G., Benedetti F. A comprehensive review of the placebo effect: recent advances and current thought. Annual Review of Psychology. 2008; № 59: 565–590.
314. Benedetti F., Carlino E., Pollo A. How placebos change the patient's brain. Neuropsychopharmacology Reviews. 2011; №36: 339–354.
315. Constantino M. J., Glass C. R., Arnkoff D. B. et al. Expectations. In: J. C. Norcross. Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness. New York: Oxford University Press, 2011; 354–376.
316. Greenberg R.P., Constantino M.J., Bruce N. Are expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? Clinical Psychology Review. 2006; № 26:657–678.
317. Тучина О.Д., Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Шустова С.А., Бузик О.Ж., Петросян Ю.Е. Применение эффекта плацебо в психотерапии наркологических больных: терапевтические и этические аспекты. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016; № 116 (11-2): с. 61-68.
318. Пуговкина О.Л., Шильникова З.Н. Концепция mindfulness (осознанность): неспецифический фактор психологического благополучия. Современная зарубежная психология. 2014; № 3 (2): с. 18–28. URL: http:.psyjournals.ru. jmfp. 2014. n2. 70100.shtml.
319. ГОСТ Р 52883-2007. Социальное обслуживание населения. Требования к персоналу учреждений социального обслуживания. Москва: 2008; 21 с.
320. Дулко Т.Н., Райзман Е.М., Котельникова Л.А., и др. Социальная работа в наркологии. Методические рекомендации. Москва: Национальный Научный Центр Наркологии, 2007; 39 с.
321. Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих: приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н. Рос. газета. 27.09.2010; 125 с.
322. Правовая наркология. Концепция реформы системы наркологической помощи. М: РБФ НАН, 2011; 56 с.
323. Rotgers F., Kern M., Hoeltzel R. Responsible drinking: the path to moderation. Berkeley, CA: New Harbinger, 2002; 232 p.
324. Sobell L.C., Sobell M.B., Agrawal S. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. Psychology of Addictive Behaviors. 2009; № 23(4); 672–683.
325. Najavits L.M., Hien D. Helping vulnerable populations: a comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. Journal of Clinical Psychology: In Session. 2013; № 69(5): 433–479.
326. Kaufman E., Yoshioka M.R.M. Substance abuse treatment and family therapy: treatment improvement protocol. Rockville, 2005; 235 p.
327. Center for Substance Abuse Treatment. "A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians" Treatment Improvement Protocol(TIP). Number 24. DHHS Pub. No. (SMA) 97-3139. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1997.
328. D'Onofrio G., Fiellin D.A., Pantalon M.V. et al. A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department. Annals of Emergency Medicine. 2012; № 60(2): 181–92.
329. Kaner E.F., Dickinson H.O., Beyer F., et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. Drug Alcohol Rev. 2009; № 28: 301-23
330. Nilsen P., Baird J., Mello M.J. et al. A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. Journal of Substance Abuse Treatment. 2008; №35: 184–201.
331. Rome J. An evidence-based analysis of the 'BRENDA Approach': psychosocial interventions for dependent alcohol drinkers. Gen Practice. 2015; S.1. URL: http://dx.doi.org/10.4172/2329-

9126.S1-002
332. Starosta A.N., Leeman R.F., Volpicelli J.R. The BRENDA Model: integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorders. Journal of Psychiatric Practice. 2006; № 12 (2): 80–89.
333. Rohsenow D.J., Tidey J.W., Martin R.A. et al. Contingent vouchers and motivational interviewing for cigarette smokers in residential substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment.2015; № 55: 29–38.
334. Foxcroft D.R., Coombes L., Wood S. et al. Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. Cochrane Database Systematic Review. 2014; Issue 8: CD 007025.
335. Baker A.L., Hiles S.A.,ThorntonL.K. et al.A systematic review of psychological interventions for excessive alcohol consumption among people with psychotic disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2012; № 126 (4): 243–255.
336. Smeerdijk M., Keet R., van Raaij B. et al. Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. Psychological Medicine. 2015; № 11: 1–10.
337. Carroll K.M., Onken L.S. Behavioral therapies for drug abuse. Am J Psychiatry. 2005; № 162: 1452–60.
338. Marlatt G. A., Gordon J. R. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York, NY: Guilford, 2005; 418 p.
339. Grow J.C., Collins S.E., Harrop E.N., Marlatt G.A. Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. Addictive Behaviors. 2015. №40: 16–20.
340. Petry N.M. Contingency management: what it is and why psychiatrists should want to use it. Psychiatrist. 2011; № 35(5): 161–163.
341. Tsoi D.T., Porwal M., Webster A.V. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane Database Systematic Review. 2013; Issue 3. CD 007253.
342. Landovitz R.J., Fletcher J.B., Shoptaw S., Reback C.J. Contingency management facilitates the use of postexposure prophylaxis among stimulant-using men who have sex with men. Open Forum Infectious Diseases.2015; № 2(1): ofu114. URL: http: www.ncbi.nlm.nih.gov. pmc. articles. PMC4396429.
343. Meredith S., Jarvis B.P., Raiff B.R. The ABCs of incentive-based treatment in health care: a behavior analytic framework to inform research and practice. Psychology Research and Behavior Management. 2014; № 7: 103–114.
344. Hester R.K. Self-control training. In: R.K. Hester, W.R. Miller. Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 2003; P. 152–164.
345. Steinglass P. Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: an integrative model. Journal of Family Therapy. 2009; № 31 (2): 155–174.
346. Chan J. G. An examination of family-involved approaches to alcoholism treatment. The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families. 2003; № 2: 1–10.
347. Solati K., Hasanpour-Dehkordi A. Study of association of substance use disorders with family members psychological disorders. J Clin Diagn Res. 2017; № 11 (6): VC12-VC15. URL: https:.www.ncbi.nlm.nih.gov. pmc. articles. PMC5535465. .
348. Yohn N.L., Bartolomei M.S., Blendy J.A. Multigenerational and transgenerational inheritance of drug exposure: The effects of alcohol, opiates, cocaine, marijuana, and nicotine. Prog Biophys Mol Biol. 2015; № 118 (1-2): 21-33.
349. McGoldrick M., Gerson R., Petry S. Genograms: Assessment and Intervention (Third Edition). W. W. Norton & Company, 2008; 416 p.
350. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.Э. Психология и психотерапия семьи. С.-Пб.: Питер, 2008; 672 с.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Агибалова Татьяна Васильевна, доктор медицинских наук. Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов). Национальное наркологическое общество. EATA (Европейская ассоциация транзактного анализа).
2. Бузик Олег Жанович, доктор медицинских наук, Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов).
3. Петухов Алексей Евгеньевич, кандидат фармацевтических наук. Федерация лабораторной медицины. Российская наркологическая лига.
4. Поплевченков Константин Николаевич, кандидат медицинских наук. Ассоциация наркологов России (Профессиональное сообщество врачей-наркологов). Национальное наркологическое общество. Российское общество психиатров.
5. Тучина Ольга Дмитриевна, психолог, EATA (Европейская ассоциация транзактного анализа).

Состав рабочей группы

Председатель: Брюн Евгений Алексеевич д.м.н., проф.

Секретарь: Поплевченков Константин Николаевич к.м.н.

Агибалова Татьяна Васильевна д.м.н.

Бедина Инесса Александровна к.м.н.

Бузик Олег Жанович д.м.н.

Винникова Мария Алексеевна д.м.н., проф.

Кошкина Евгения Анатольевна д.м.н., проф.

Михайлов Михаил Альбертович к.м.н

Надеждин Алексей Валентинович к.м.н

Тетенова Елена Юрьевна к.м.н

Конфликт интересов: нет

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

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

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

При разработке настоящих клинических рекомендаций использованы следующие информационные средства:

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

При разработке настоящих клинических рекомендаций использовалась рейтинговые схемы для оценки уровня достоверности доказательств (1, 2, 3, 4, 5) (Приложение 1, 2) и уровня убедительности рекомендаций (A, B, C) (Приложение 3, 4)

Таблица П1 – Рейтинговая схема оценки уровня достоверности доказательств для диагностических вмешательств

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

Примечание:

УДД – уровень достоверности доказательств

Таблица П2 – Рейтинговая схема оценки уровня достоверности доказательств для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

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

Примечание:

УДД – уровень достоверности доказательств

РКИ – рандомизированное клиническое исследование

Таблица П3 – Рейтинговая схема оценки уровня убедительности рекомендаций для диагностических вмешательств

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

Примечание:

УУР – уровень убедительности рекомендаций

Таблица П4 – Рейтинговая схема оценки уровня убедительности рекомендаций для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

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

Примечание:

УУР – уровень убедительности рекомендаций

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр 1 раз в 3 года, но не чаще чем 1 раз в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Мишени психотерапевтического воздействия

Таблица П5. Мишени психотерапии

Уровни мишеней	Специфические мишени психотерапевтического воздействия
Уровень целостной личности	1. Личностная организация на континууме от акцентуаций характера до расстройств личности согласно МКБ 10 2. Нарушения самооценки и низкая самоэффективность 3. Дисфункциональное использование механизмов психологической защиты (отрицание, рационализация, проекция, регрессия и т.д.) 4. Нарушения идентичности и способности к ментализации – психического отражения и переработки опыта 5. Аутоагрессия
Психобиологический уровень	1. Использование ПАВ в качестве средства «самолечения» [296]
Психологический уровень	1. Искажения мышления: • Нарушения нозогнозии, искаженное осознание болезни, экстернализация причин заболевания • Пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего» пациента • Убеждения, связанные с употреблением ПАВ (ожидание позитивных эффектов ПАВ, рационализация употребления) 2. Слабые рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния
Когнитивная сфера	
Эмоциональная сфера	1. Низкая аффективная (фрустрационная) толерантность 2. Тревожный/депрессивный аффект, приводящий к потребности употребления ПАВ 3. Дефицит навыков управления и контроля эмоций (использование поведенческих отыгрываний) 4. Алекситимия
Поведенческая сфера	1. Использование дефицитарных стратегий совладания (со стрессом, влечением); 2. Недостаток навыков здорового образа жизни; 3. Агрессивное и аутоагрессивное поведение; 4. Пассивность (в том числе, эмоциональный «уход» из лечебного процесса).
Мотивационная сфера	1. Эгоцентризм 2. Искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения 3. Нарушения терапевтических установок: на лечение, трезвость и достижение позитивных социально-значимых целей в жизни
Духовная сфера	1. Кризис эмоционально-духовных ценностей
Социальный уровень	1. Нарушения эмпатии 2. Нарушения привязанности (родительско-детских отношений) как основа будущих дисфункциональных межличностных отношений 3. Нарушения способности установления глубокого контакта (в рамках терапевтического альянса), в том числе способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста 4. Дефицит коммуникативных навыков 5. Дисфункциональные модели общения.
Примечания: ПАВ – психоактивные вещества	

2. Определение и доказательная база использования неспецифических факторов в психотерапии пациентов, употребляющих психоактивные вещества с пагубными последствиями

Таблица П6. Использование неспецифических факторов психотерапии

Фактор	Определение	Эмпирическая база
Терапевтический альянс	Сотрудническая и эмоциональная связь между врачом и пациентом, которая включает следующие элементы: (1) достижение взаимной договоренности о целях лечения; (2) о задачах терапии (которым врач и пациент обязуются следовать в терапевтических отношениях) и (3) эмоциональной (эмпатической) связи [297; 298]	Качество альянса на начальных этапах ПТ может определять эффективность результатов психотерапии по ряду параметров, включая редукцию симптомов, отказ от злоупотребления ПАВ, коррекцию психологического состояния, поддержание трезвости и т.д. [141; 299 – 302]. Качество установившегося альянса (после 5-6 сеанса) приводит к уменьшению связанных с употреблением ПАВ проблем и тяжести психиатрических симптомов [303]. Альянс позволяет удерживать пациента в программе лечения, увеличивать число дней трезвости и уменьшать объем потребляемых ПАВ; улучшает результаты пациентов с низкими самооценкой и уверенностью в своих силах [142; 143; 304]. Различия между терапевтами в способности устанавливать альянс влияют на эффективность программы лечения [299; 145]
Эмпатия, конгруэнтнось	Интимное понимание эмоциональных и когнитивных состояний одного человека другим [305]. Универсальная человеческая способность, лежащая в основе сопереживания, сочувствия, эмоционального присоединения. Конгруэнтность – осознанная искренность терапевта, лежащая в основе осознания и аутентичности, а также способность к согласованной (без противоречивых сигналов), осознанной передаче пациенту информации о своем опыте пребывания с ним/ней [83]	Эффект эмпатии терапевта на результат ПТ в наркологии оценивается как очень высокий (более 60%) [306]. Пациенты эмпатичных и конгруэнтных терапевтов демонстрируют лучшие результаты лечения по ряду психологических (улучшение самоэффективности, редукция психологических симптомов) и наркологических (рост длительности ремиссий, снижение отсева из программ лечения) параметров [148; 307; 308] по сравнению с пациентами более директивных и менее конгруэнтных терапевтов, поскольку усиление конфронтации приводит к ухудшениям в течении наркологического заболевания [309 –311]
Обратная связь	Систематический мониторинг основных аспектов психического здоровья с помощью стандартизированных психодиагностических средств и соответствия результатов лечения ожидаемым	Процедуры получения и анализа обратной связи о восприятии терапии, мотивации к лечению, системе социальной поддержки и негативных жизненных событиях на начальных этапах ПТ от пациентов приводят к профилактике ухудшений и более позитивному субъективному восприятию ПТ пациентами, особенно у пациентов с высоким риском к обострению и негативным результатам ПТ [312]
Эффект ожиданий	Феномен, возникающий в головном мозге человека после приема инертной субстанции или проведения фиктивного физического лечения, которые сопровождаются вербальными утверждениями (или иными посылами) об их клинической пользе [313]. В психотерапии формирование позитивных ожиданий у пациента, что проводимое немедикаментозное лечение будет эффективным [314]	Оказывает значимый эффект на удержание пациента в ПТ, а также на конкретные терапевтические результаты [315]. Позитивные ожидания способствуют снижению стресса в начале ПТ, большей осознанности психологических процессов, появлению улучшений еще до начала лечения (при записи на прием к психотерапевту), а негативные или низкие ожидания способствуют оттоку потенциальных и реальных пациентов из ПТ и общему снижению эффективности ПТ [316; 317]

3. Основные воздействия, входящие в состав блока немедикаментозного лечения пагубного употребления

Таблица П7. Воздействия, входящие в состав блока немедикаментозного лечения ПУ

Воздействие	Развернутое определение
Психодиагностическое обследование	Применение стандартизированных психодиагностических инструментов, структурированных и полуструктурированных интервью и пр. с целью оценки характерологических особенностей пациента, когнитивных функций, актуального эмоционального состояния, особенностей мотивационной сферы, наличия сопутствующих психических заболеваний, расстройств, связанных с употреблением ПАВ
Психотерапия • Индивидуальная • Групповая • Семейная	Целенаправленная профессиональная помощь в изменении и восстановлении здорового состояния организма психологическими средствами; направлена на устранение личностных, аффективных, поведенческих и иных расстройств, оптимизацию межличностных отношений пациента, усиление мотивов на участие в лечебной программе, отказ от употребления ПАВ, социальную и профессиональную реинтеграцию
Психологическое консультирование • Индивидуальное • Групповое • Семейное	Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Семейное ПК в работе с пациентами с ПУ и их родственниками ориентировано на: 1. Психообразование 2. Улучшение семейного функционирования, за счет: o Изменения паттернов зависимо-созависимых отношений o Изменения паттернов привязанности o Коррекции негативных когнитивных и эмоциональных состояний и обучение способам совладания с ними o Обучения методам поддержки и профилактики употребления ПАВ o Профилактики внутрисемейной передачи злоупотребления ПАВ между поколениями 3. Повышение мотивации к лечению и комплаенса пациента за счет обеспечения социального контроля со стороны родственника
Психологическая коррекция • Индивидуальная • Групповая • КР	Психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих нормативной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям
Релаксационные методики и аутогенная тренировка	Группа психотерапевтических техник, направленных на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса. Методика аутогенной тренировки основана на применении мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике. Лечебный эффект обусловлен возникающей в результате релаксации трофотропной реакции, сопровождающейся повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что, в свою очередь, способствует нейтрализации негативной стрессовой реакции организма

Техники осознанности	Осознанность (mindfulness) – способность безоценочно, предметно и буквально осознавать свой жизненный опыт (полноту и разнообразие содержания переживаемых событий и явлений) и одновременно осознание, что переживаемые ощущения есть внутренняя репрезентация опыта, некий субъективный слепок с реальности, а не сама объективная реальность [318]. Цель ТО – обучение пациентов произвольному контролю и концентрации внимания для стимулирования более осознанного поведенческого выбора; совладания с патогенными когнициями и аффектом для профилактики употребления ПАВ с пагубными последствиями
Примечания: ПАВ – психоактивное (-ые) вещество(-а) ПК – психологическое консультирование ТО – техники осознанности	

4. Формы групповой работы в психотерапии

Под групповой психотерапией в наркологической практике понимаются [72]:

a. Психообразовательные группы (информирование о пагубных последствиях употребления ПАВ, сопутствующих заболеваниях и т.д.);
b. Психодиагностические группы (краткосрочные мотивационные и поведенческие интервенции; мониторинг психического состояния и т.д.);
c. Группы когнитивно-поведенческого тренинга (включая тренинги навыков, эмоциональной регуляции и когнитивных функций, тренинги совладания);
d. Собственно психотерапевтические группы (анализ межличностных взаимодействий, групповой динамики, индивидуальная работа в рамках группы для достижения индивидуальных лечебных целей).

При помощи методов групповой психотерапии наиболее эффективно прорабатываются проблемы преодоления психологической защиты, «отрицания» болезни, межличностного взаимодействия и тренинги навыков.

Различные форматы групп объединяются по ряду принципиальных характеристик лечебного процесса: 1) облегчение выражения эмоций; 2) становление чувства принадлежности к группе; 3) неизбежность самораскрытия; 4) апробация новых видов поведения; 5) использование межличностных сравнений; 6) разделение ответственности за руководство группой с ведущим. В основе лежит возможность группового взаимодействия. При проведении психотерапевтического процесса в группе упор делается на формирование эмоционально интенсивного и психологически положительного взаимодействия членов группы с целью коррекции их отношений и взаимодействий с микросоциальной средой

При организации групповой работы необходимо помнить, что групповая терапия и консультирование отличаются от групп самопомощи, прежде всего, наличием четко-обозначенного лидера (специалиста с соответствующей квалификацией); использованием структурированных психотерапевтических методов и техник; оценкой групповой динамики и отношений; работой как в текущей, так и в исторической; перспективе; различными групповыми процессами; индивидуализацией целей терапией и др.

5. Трудовые функции специалистов, участвующих в организации и проведении психотерапевтических мероприятий

Таблица П8. Трудовые функции

№	Специалист	Специализированные трудовые функции
1.	Врач психиатр-нарколог	1. Проведение обследования пациентов в целях выявления психических расстройств и расстройств поведения, вследствие употребления ПАВ, установление диагноза
		• Сбор субъективного анамнеза и жалоб со слов пациента
		• Сбор объективных клинико-анамнестических данных с целью выявления психических расстройств и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ, а также сочетанных психических расстройств и расстройств поведения (в т.ч. опрос родственников)
		• Проведение психопатологического обследования на основании опроса пациента и изучения медицинской документации
		• Тестологическое психодиагностическое обследование с использованием психодиагностических шкал
		• Первичный осмотр

№	Специалист	Специализированные трудовые функции
		• Описание психического состояния, диагностическая квалификация психопатологических синдромов, психических расстройств и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ, а также сочетанных психических расстройств и расстройств поведения
		• Неврологическое и физикальное обследование
		• Формирование плана диагностических мероприятий пациента с психическими и поведенческими расстройствами, употреблением психоактивных веществ
		• Оценка суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения вследствие употребления ПАВ, а также сочетанным психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности
		• Направление на патопсихологическое обследование к медицинскому психологу по показаниям и использование результатов в диагностическом процессе
		• Направление на лабораторные обследования
		• Направление на инструментальные и нейрофизиологические обследования
		• Направление на консультацию к врачам-специалистам
		• Проведение дифференциальной диагностики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ
		• Постановка диагноза психического расстройства и расстройства поведения вследствие употребления психоактивных веществ
		• Осуществление взаимодействия с другими врачами-специалистами по вопросам дифференциальной диагностики
		• Предоставление пациенту (законному представителю) интересующей его информации о заболевании и прогнозе этого заболевания в доступной форме
		• Оценка мотивации пациента на участие в лечебных программах
		• Проведение мотивационного консультирования пациента с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ
		• Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ
		• Повторные осмотры и обследования
		2. Назначение лечения пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения вследствие употребления ПАВ, контроль его эффективности и безопасности
		• Разработка плана лечения с учетом клинической картины заболевания, возраста, пола, других значимых характеристик
		• Наблюдение за состоянием пациента с психическими расстройствами и расстройствами поведения вследствие употребления психоактивных веществ
		• Применение лекарственных препаратов с учетом клинической картины заболевания, с учетом возраста и пола пациента, других значимых характеристик
		• Применение методов немедикаментозной терапии психических расстройств и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ
		• Определение объема и последовательности лечебных мероприятий при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ, представляющих угрозу жизни пациента или окружающих

№	Специалист	Специализированные трудовые функции
		• Оказание психиатрической помощи в неотложной форме, при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ
		• Оценка эффективности и безопасности терапии лекарственными препаратами
		• Оценка эффективности и безопасности немедикаментозных методов лечения
		• Осуществление взаимодействия с другими врачами-специалистами
		3. Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
		• Проведение профилактических мероприятий - предупреждение психических расстройств и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ у контингента здоровых лиц (лиц без сформировавшегося синдрома зависимости (СЗ))
		• Проведение санитарно-просветительской работы среди населения, информирование о возможных рисках заболевания психическими расстройствами и расстройствами поведения вследствие употребления ПАВ
		• Обучение способам устранения нервно-психического напряжения
		• Пропаганда здорового образа жизни, правильного питания среди населения
		• Выбор профилактических мероприятий с учетом состояния здоровья, характера факторов риска, психологии человека
		• Взаимодействие с родственниками пациента в целях повышения эффективности профилактики
		• Семейное консультирование (пациента и его родственников)
		• Работа с группами населения по смягчению стрессоров и повышению сопротивляемости организма к психическим расстройствам и расстройствам поведения
		• Раннее выявление факторов риска заболевания, психических расстройств и расстройств поведения
		• Пропаганда знаний о развитии психических расстройств и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ среди населения
		4. Оказание медицинской, в том числе психиатрической помощи пациентам в экстренной форме
		• Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской, в том числе психиатрической, помощи в экстренной форме
		• Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
		• Распознавание состояний при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ, представляющих угрозу жизни пациента или окружающих в том числе: злокачественный нейролептический синдром; алкогольный делирий (осложненный); острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике; тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение; передозировка опиатов или опиоидов
		• Оказание медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти

№	Специалист	Специализированные трудовые функции
		• Оказание психиатрической помощи в экстренной форме при внезапных острых или обострении хронических психических расстройствах и расстройствах поведения вследствие употребления ПАВ, представляющих угрозу жизни пациента или окружающих в том числе: злокачественный нейролептический синдром; алкогольный делирий (осложненный); острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике; тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение; передозировка опиатов или опиоидов
		• Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской, в том числе психиатрической, помощи в экстренной форме
5.	Врач-психотерапевт	1. Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза и определения показаний к психотерапии
		• Определение показаний к проведению психотерапии
		• Выявление психологических и психосоциальных этиопатогенетических механизмов
		• Определение объема и характера психотерапии
		• Определение типа личностного функционирования пациента
		• Установление продуктивного психотерапевтического контакта
		• Заключение психотерапевтического контракта
		• Определение психотерапевтических мишеней разного уровня
		• Определение мотивации к участию в психотерапии
		• Выделение фокуса психотерапевтических проблем
		2. Назначение и проведение психотерапии пациентам и контроль ее эффективности и безопасности
		• Разработка и составление индивидуальной психотерапевтической программы
		• Разработка и составление плана психотерапии
		• Формирование и поддержание устойчивого психотерапевтического контакта
		• Заключение и при необходимости перезаключение психотерапевтического контракта
		• Проведение психотерапии в индивидуальном, групповом либо семейном форматах в зависимости от потребностей и индивидуальных особенностей пациента и его семейной системы
		• Сочетанное применение психотерапии и фармакотерапии
		• Мотивирование на лечение, в т.ч. лекарственную терапию основного и сопутствующих заболеваний
		• Оценка и обеспечение эффективности и безопасности психотерапии
		• Оценка и коррекция нежелательных явлений, возникающих при проведении психотерапии
		• Взаимодействие с психиатром-наркологом и медицинским психологом
		• Предоставление пациенту информации о проводимой психотерапии
		• Оказание психотерапевтической помощи при чрезвычайных ситуациях
		• Оказание кризисной психотерапии при наличии суицидальных тенденций у пациента
3.	Медицинский психолог	1. Проведение обследования пациентов в целях выявления / подтверждения психических расстройств и расстройств поведения, сопутствующих расстройствам вследствие употребления ПАВ, установление диагноза

№	Специалист	Специализированные трудовые функции
		• Проводит психодиагностические исследования и длительные диагностические наблюдения за пациентами, уделяя особое внимание лицам, имеющим факторы риска психических расстройств
		• Выявляет условия, препятствующие или затрудняющие гармоническое развитие личности пациента
		2. Проведение работы, направленной на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности пациентов
		• Совместно с лечащим врачом разработка развивающих и психокоррекционных программ с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов пациентов
		• Мотивирование на психотерапию и лекарственную терапию основного и сопутствующих заболеваний
		• Назначение и проведение психокоррекционных мероприятий и контроль их эффективности и безопасности
		• Оказание помощи пациентам и их родственникам в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем средствами психопрофилактики, психокоррекции, психологического консультирования
		• Оценка эффективности проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий
		3. Работа по профориентации пациентов с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей
		4. Проведение и контроль эффективности психообразовательных и санитарно-просветительных мероприятий
		• Психообразовательная работа с пациентами и их родственниками по поводу диагностируемых у пациента состояний; обучение необходимым навыкам совладания с данными состояниями, стрессом
		• Проведение санитарно-просветительной работы среди пациентов и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни
		• Проведение работы по обучению медицинского персонала вопросам медицинской, социальной психологии и деонтологии
5.	Специалист по социальной работе	1. Организация и осуществление социальной помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, вследствие употребления ПАВ
		• Комплексная оценка социального статуса
		• Определение причин, по которым пациенты и их семьи оказались в трудной жизненной ситуации, определение характера и объема необходимых им социальных услуг (социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-экономических, социально-правовых)
		• Оказание помощи в трудоустройстве, решении социально-бытовых проблем, восстановлении разрушенных семейных и социальных связей;
		• Консультирование пациента и родственников по различным вопросам, связанным с предоставлением социальных услуг; социальным и правовым вопросам или организация таких консультаций у соответствующих специалистов, предоставление помощи в оформлении необходимых документов
		2. Проведение работы, направленной на восстановление психического здоровья и восстановление и/или коррекцию социального статуса пациентов
		• Участие в разработке и реализации индивидуальных терапевтических программ, связанных с долговременным, в том числе стационарным лечением пациента

№	Специалист	Специализированные трудовые функции
		• Проведение доврачебного приема, с предоставлением пациенту и его родственникам первичной информации о возможных видах лечения, путях выздоровления
		• Ведение совместного приема с врачом-наркологом и (или) психологом; участие в проведении психокоррекционных воздействий, усиление эффекта лечебных мероприятий
		• Участие в формировании структуры лечебной программы, в том числе основанной на духовно-ориентированных методах лечения (например, «12 шагов»)
		• Участие в разработке и реализации альтернативных программ в системе терапевтических и реабилитационных мероприятий
		3. Содействие активизации потенциала собственных возможностей пациентов и их семей, расширению масштабов самопомощи и взаимопомощи, улучшению взаимоотношений между ними
		• Содействие созданию клубов, объединений, групп взаимопомощи, способствующих объединению пациентов и их семей по интересам
		• Организация семейных групп и участие в семейной психотерапии, совместный с пациентами поиск пути решения накопившихся социальных проблем
		• Содействие включению пациента во внебольничные группы самопомощи и терапевтические сообщества
		Проведение и контроль эффективности социально-ориентированных психообразовательных и санитарно-просветительных мероприятий
		• Организация работы, направленной на избавление пациентов от ПУ ПАВ, пресечение всех форм вовлечения детей в противоправную деятельность, их приобщения к ПАВ
		• Активное участие в профилактике ПУ (особенно, в работе с молодежью)
4.	Социальный работник	Оказание социальной помощи пациентам под руководством специалиста по социальной работе (а при его отсутствии врача или медицинского психолога)
		• Консультирование пациента по вопросам социальной помощи
		• Оказание социальной помощи пациенту
		• Консультирование пациента по вопросам возникающих проблем, обучение поиску оптимальных путей выхода из возможных стрессовых ситуаций
		• Консультирование пациента в кризисных положениях, усиление психотерапевтического воздействия лечебных мероприятий.
		• Поддержание контакта с семьей пациента на всех этапах лечебного процесса в целях восстановления и гармонизации его социальных связей
		• Мотивирование пациента и его родственников на участие в терапевтической программе
		• Помощь в формировании групп самопомощи
		• Помощь пациенту в рамках работы по 12-шаговым программам (в случае, если он в ней нуждается, будучи, например, «взрослым ребенком алкоголика»)
		• Активное участие в профилактике ПУ (особенно, в работе с молодежью)
5.	Консультант по химической зависимости (волонтер)	• Консультирование пациента по вопросам психического и поведенческого расстройства, связанного с употреблением ПАВ
		• Консультирование пациента по вопросам возникающих проблем, обучение поиску оптимальных путей выхода из возможных стрессовых ситуаций
		• Консультирование пациента в кризисных положениях, усиление психотерапевтического воздействия лечебных мероприятий.

№	Специалист	Специализированные трудовые функции
		• Поддержание контакта с семьей пациента на всех этапах лечебного процесса в целях восстановления и гармонизации его социальных связей
		• Мотивирование пациента и его родственников на участие в терапевтической программе
		• Помощь в формировании групп самопомощи
		• Помощь пациенту в рамках работы по 12-шаговым программам (в случае, если он в ней нуждается, будучи, например, «взрослым ребенком алкоголика»)
		• Участие в профилактической и просветительской работе
Примечания - Использованная литература: [319 – 322]		

6. Методы с эмпирически обоснованной эффективностью, которые рекомендуются к применению в психотерапии с пациентами, употребляющими психоактивные вещества с пагубными последствиями

Эмпирически-обоснованная (доказательная) клиническая практика предполагает информированное принятие решений о лечении на основе знания теоретических моделей, доказательных лечебных методик в сочетании с личным терапевтическим опытом и пониманием особенностей конкретного пациента, то есть адаптацию рекомендаций по психотерапии к потребностям пациента и особенностям медицинской организации, в которой осуществляется лечение. Наиболее распространенными эмпирически обоснованными методами психотерапии пациентов с ПУ являются краткосрочные поведенческие и мотивационные интервенции; мотивационное интервью (МИ) и мотивационная психотерапия (МП); когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и основанные на КПТ методики (поведенческий тренинг самоконтроля; методы «Умеренного употребления» [323], «Направленного самоизменения» [324], «Поиск безопасности» [325], поведенческая супружеская психотерапия [326], терапия ситуационного контроля). Большинство указанных видов психотерапии являются структурированными, кратко- и среднесрочными, снабжены учебными руководствами для клиницистов.

Тем не менее, в крупных мета-анализах продемонстрирована примерно одинаковая эффективность профессиональных методов психотерапии в лечении различных психических и поведенческих расстройств, в том числе вызванных употреблением ПАВ, [124] в связи с чем специалист, проводящий психотерапию, обладает относительной свободой в выборе подходящих методов психотерапевтического воздействия. То есть, *метод психотерапии для лечения ПУ выбирается на основании его возможного соответствия конкретному пациенту, а также профессиональной подготовки врача, а уровень убедительности рекомендаций носит относительно условный характер, являясь индикатором того, что указанный вид психотерапии относится к профессиональным, этичным и эффективным психотерапевтическим методам. Специалист, проводящий психотерапию, может использовать как основные, так и вспомогательные методы психотерапии разработанные в их рамках психотерапевтические техники, если он/она обладает соответствующей квалификацией и этого требует логика психотерапевтического процесса и состояние пациента (Таб. П9).*

Таблица П9. Перечень основных и вспомогательных методов психотерапии для лечения пациентов с пагубным употреблением психоактивных веществ

№	Метод психотерапии
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ	
1.	Краткосрочные психотерапевтические интервенции
2.	Когнитивно-поведенческая терапия
3.	Мотивационное интервью и мотивационная психотерапия
4.	Семейная терапия
5.	Терапия ситуационного контроля (мотивирование с помощью вознаграждений)
6.	Тренинг навыков самоконтроля (ТНС)
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ	
	Адлерианская психотерапия

7.	
8.	Альянс-центрированный метод краткосрочной психотерапии
9.	Арттерапия
10.	Библиотерапия
11.	Гештальт-терапия
12.	Гипносуггестивная терапия
13.	Групп-анализ
14.	Группы само- и взаимопомощи
15.	Десенсибилизация
16.	Десенсибилизация и переработка движением глаз
17.	Диалектическая бихевиоральная терапия
18.	Дифференцированная когнитивная терапия
19.	Игровая психотерапия
20.	Интерперсональная психотерапия
21.	Интерперсональный психоанализ
22.	Клиент-центрированная психотерапия
23.	Клиническая психосоматическая психотерапия
24.	Когнитивная реабилитация (для пациентов с амнестическим синдромом)
25.	Комплаенс-терапия
26.	Континуальная психотерапия
27.	Кризисное вмешательство
28.	Логотерапия В. Франкла
29.	Метод направленного самоизменения
30.	Морита-терапия
31.	Мультисистемная терапия
32.	Нарративная психотерапия по М. Уайту
33.	Нейролингвистическая психотерапия
34.	Оккупационная терапия
35.	Ориентированная на решение краткосрочная терапия
36.	Песочная терапия
37.	Плейбэк театр
38.	Поведенческая активация
39.	Поведенческая супружеская терапия (поведенческая семейная)
40.	Поддерживающе-экспрессивная терапия
41.	Позитивная психотерапия
42.	Поиск безопасности

43.	Полимодальная психотерапия
44.	Предметно-опосредованная психотерапия
45.	Предъявление алкогольных стимулов (поведенческая терапия)
46.	Противорецидивный тренинг (противорецидивная терапия, «профилактика рецидивов»)
47.	Психодинамическая терапия
48.	Психодрама
49.	Психосинтез
50.	Психотерапия мудростью
51.	Психотерапия потери
52.	Психотерапия прощением по Р. Энрайту
53.	Психотерапия самопрощением
54.	Психотерапия трезвенническими установками
55.	Рациональная психотерапия
56.	Рационально-эмотивная психотерапия
57.	Ресурсно-ориентированная системная психотерапия
58.	Символдрама
59.	Систематическая десенсибилизация
60.	Системная семейная терапия
61.	Системно-семейные расстановки
62.	Схема-терапия
63.	Танцевальная терапия
64.	Телесно-ориентированная психотерапия
65.	Терапия внутренних голосов
66.	Терапия ментализацией
67.	Терапия подкреплением сообществом
68.	Терапия привязанностью
69.	*Терапия принятия и ответственности*
70.	Терапия реальностью
71.	Терапия средой
72.	Терапия творческим самовыражением М. Бурно
73.	Терапия, основанная на осознанности
74.	Терапия, стимулирующая участие в 12-шаговых программах
75.	Терапия средой
76.	Терапия, сфокусированная на переносе и контрпереносе по О. Кернбергу
77.	Транзактный анализ
78.	Трансперсональная психотерапия

79.	Тренинг ассертивности
80.	Трудотерапия
81.	Управление умеренностью
82.	Условно-рефлекторная терапия алкоголизма
83.	Функциональная аналитическая психотерапия
84.	Эмоционально-образная психотерапия
85.	Эмоционально-фокусированная терапия
86.	Эмпатическая психотерапия нарциссических личностей по Х. Кохуту
87.	Эриксоновская психотерапия и гипноз
88.	Юнгианский анализ

7. Транстеоретическая модель стадий изменения

Транстеоретическая модель изменений (стадии изменений, независимых от теоретической модальности психотерапии) выделяет следующие этапы процесса пациентов: предварительных размышлений (сопротивление изменениям), размышлений, подготовка, действие, поддержание изменений, рецидив (см. таблицу П10) [327].

Таблица П10. Соответствие потребностей пациента в лечении и стадий лечения

Стадия	Характеристика	Потребности пациента
Предварительные размышления (сопротивление изменениям)	Нет серьезного намерения менять патологическое поведение. Недооценка степени риска. Нет осознания вредности последствий. Тенденция избегать контактов с помогающими специалистами. Пассивное поведение	Психообразование: информирование, имеющее целью установить прямую связь между жизненными проблемами и злоупотреблением ПАВ; предоставление информации о вредных последствиях продолжения употребления
Размышления	Частичное осознание необходимости изменить патологическое поведение. Амбивалентность при оценке соотношения аргументов «за» и «против» изменения. Решение об изменении не принято	Исследование чувств и конфликтов между злоупотреблением ПАВ и личностно значимыми ценностями. Повышение осознания последствий продолжения пагубного поведения и преимуществ отказа от него. Нормализация амбивалентности
Подготовка	Принято решение измениться, планирование шагов к изменению. Аргументы «за» преобладают над «против». Флуктуирующая амбивалентность	Работа над усилением решимости меняться. Информирование о возможных вариантах лечения, планирование лечебного процесса
Действия	Опробование нового поведения и его относительно стабильное поддержание. Первые активные шаги по направлению к изменению. Сохраняется возможность срыва	Поддержка по реализации плана действий и тренировка навыков, необходимых для поддержания трезвости. Работа с чувствами. Противорецидивный тренинг
Поддержание	Достижение стабильных долгосрочных изменений. Рост самоэффективности. Сохраняется возможность срыва	Противорецидивная поддержка
Рецидив	Возвращение симптомов, необходимость устранить последствия и принять решение о дальнейших действиях	Возвращение в начало цикла изменения. Анализ срыва. Поиск альтернативных стратегий совладания. Поддержка

Недостаток транстеоретической модели изменения состоит в определенной детерминированности рецидива, который рассматривается как определенная возможность для тестирования сформированных в процессе лечения стратегий совладания. Тем не менее, любой анализ и коррекция возможны только в случае возобновления психотерапии пациентом.

8. Виды психотерапевтических контрактов

Адаптировано из [80].

Административный контракт – контракт, описывающий внешние условия проведения психотерапии: длительность курса психотерапии, длительность сеанса, формат, оплата и т.д.

Лечебный контракт – контракт на осуществление желаемых изменений.

Поведенческий контракт имеет следующие характеристики: (1) особую форму контракта (письменный или устный, оговариваемый или нет, открытый или конфиденциальный); (2) участники контракта (индивидуальный или односторонний; между двумя и более людьми – двусторонний или трехсторонний); (3) поведение, являющееся целью изменения; (4) последствия/результаты (характер последствий и средства достижения).

Условный контракт – особый вид договоренности, предусматривающий позитивные последствия или обеспечение положительных подкрепляющих стимулов в случае достижения желаемого поведения (либо негативные последствия в случае демонстрации нежелательного поведения). Данные контракты описывают относительные и абсолютные полномочия и обязательства каждой из сторон, касающиеся достижения определенной цели или задачи, которая ставится совместными усилиями.

Антабусный контракт (контракт на прием дисульфирама) – психотерапевтическая и консультационная интервенция для стимулирования постоянного приема лекарства Антабуса (дисульфирама), которое вызывает тошноту в случае употребления алкоголя и является эффективным противорецидивным средством при последовательном приеме. Цель антабусного контракта – обеспечить регулярный прием антабуса и уменьшить число связанных с алкоголем ссор между супругами, чтобы уменьшить вероятность рецидива заболевания.

Трехсторонние поведенческие контракты, ориентированные на создание внутрисемейной поддержки процессу выздоровления пациента: (1) контракт на выздоровление (или контракт на трезвость); (2) контракт на сокращение употребления ПАВ; (3) контракт на продолжение выздоровления и противорецидивный план.

Контракт заботы – договоренность о госпитализации суицидоопасного пациента или пациента, находящегося в опасной для жизни интоксикации.

Контракт социального контроля – договоренность об использовании системы внешней социальной поддержки для осуществления дополнительного контроля над проблемным поведением.

Стоп-контракты - контракты для предотвращения наиболее опасных ситуаций: антисуицидальный, антипсихотический, антигомицидный, на «неубегание» из процесса психотерапии. Для заключения требуется особая компетенция психотерапевта.

Рекомендации по заключению поведенческих контрактов:

1. Цель изменений, определенная совместными усилиями пациента и терапевта в процессе переговоров, должна быть четкой и конкретной. Цель формулируется в терминах желательного поведения, а не поведения, которое необходимо прекратить. Например, в контракте отмечают, что «пациент посещает все сеансы», вместо возможной фразы о том, что «пациент не пропускает сеансов»;
2. Необходимо подробно описать конкретные обязательства (поведение) каждой стороны контракта, выполнение которых необходимо для достижения целей, включая временные рамки или частоту демонстрации требуемого поведения;
3. Требуемое целевое поведение должно быть наблюдаемым, легко измеримым и регистрируемым, чтобы можно было легко принимать решения о предоставлении подкрепления («Пациент разговаривает спокойным тоном», «…обращается с жалобами к медсестрам, а не к другим пациентам» и т.д.);
4. Необходимо четко указывать вид положительного подкрепления, который пациент получает в результате достижения определенного поведения. Также необходимо указывать временной период предоставления подкрепления (желательно давать подкрепление сразу же после демонстрации желаемого поведения или в кратчайшие сроки);
5. Подробное описание последствий невыполнения одной из сторон каких-либо обязательств по контракту, включая аверсивные последствия или санкции.
6. Может быть включено условие о дополнительном вознаграждении, предоставляемом пациенту в случае, если он достигает лучших результатов, чем было запланировано контрактом;
7. Включаются конкретные даты вступления контракта в действие, даты завершения контракта и даты переобсуждения с возобновлением контрактных отношений;
8. Контракт должен быть подписан всеми сторонами.

9. Краткосрочные психотерапевтические интервенции

Краткосрочная интервенция (КИ) – специфическая лечебная стратегия, имеющая целью помочь индивиду прекратить или сократить (реже) употребление психоактивных веществ. КИ при ПУ направлены на снижение потребления ПАВ, уменьшение причиняемого привычным потреблением вреда и профилактику формирования СЗ.

Прагматической целью КИ может быть как снижение потребления, так и достижение полной трезвости от ПАВ, в случаях, когда это обусловлено значимыми причинами (беременность, прием лекарственных препаратов). Специалист должен быть уверен, что сделал все возможное для мотивирования к полной трезвости на этапе согласия на тот или иной вариант лечения, и что употребление даже «малых доз» ПАВ у лиц с ПУ не приведет к катастрофическим и необратимым последствиям. Приглашение к участию в программах снижения потребления ПАВ должно базироваться на тщательной оценке клинических и социальных возможностей пациента с учетом основного этического требования «не навреди».

КИ, как правило, основываются на техниках мотивационного интервью (FRAMES; DARES; SAOR (Support; Ask and assess; Offer assistance; Refer); BRENDA и т.д.) и когнитивно-поведенческой терапии (4A's (Ask, Assess, Assist, Arrange), BASICS (Brief Alcohol Screening for College Students); и т.д.). Это алгоритмизированные процедуры с рядом обязательных компонентов [306 – 308]:

1. Скринингом потребления ПАВ субъектом (тесты AUDIT, CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener), ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)); сравнение этого уровня с медицинскими нормами;
2. Психообразованием: предоставлением обратной связи о негативном эффекте потребляемых доз ПАВ;
3. Прямым советом прекратить/уменьшить употребление ПАВ;
4. Планированием изменений;
5. Контрольной телефонной сессией через какое-то время. Акцент ставится на мотивации к изменению поведения, связанного с приемом ПАВ; повышении уверенности пациента в возможности изменить свое поведение («самоэффективности»), и социальной поддержке его усилий со стороны доброжелательно настроенного специалиста (и значимых фигур в окружении пациента) [329].

В КИ используется структурированная терапия короткой продолжительности (обычно 5-30 минут). После оценки уровня потребления пациентом ПАВ, происходит информирования пациента о негативных последствиях для здоровья чрезмерного употребления ПАВ; обсуждение факторов, стимулирующих и тормозящих употребление ПАВ; поиск факторов, способствующих воздержанию.

Чаще всего в качестве КИ используется мотивационное интервью (МИ), которое предназначено для работы с пациентами как с пагубным употреблением, так и с зависимостью от психоактивных веществ на разных этапах лечения заболевания, направлено на мотивирование пациента к отказу от ПАВ, реже к уменьшению употребления ПАВ, к следованию той или иной программе лечения, является условием достижения эффективности последующих лечебных мероприятий: фармакотерапии, психотерапии, участия в программах медицинской и социальной реабилитации (смотрите Приложение А3-10). Краткосрочное МИ проводится согласно следующим алгоритмам:

1. FRAMES:

- Feedback – предоставление *обратной связи*;
- Responsibility – формирование *ответственности*;
- Advice – предоставление *совета*;
- Menu – обсуждение «меню» (лечебных опций);
- Empathy – эмпатия;
- Self-efficacy – поддержание самоэффективности; *либо*

2. DARES

- Develop discrepancy – «Формируйте альтернативный взгляд»;
- Avoid argumentation – «Избегайте споров»;
- Roll with resistance – «Избегайте конфронтацию сопротивления»;
- Express empathy – «Выражайте эмпатию»
- Support Self-efficacy – «Поддерживайте самоэффективность».

Также в качестве краткой интервенции часто используется психокоррекционная интервенция BRENDA [329; 330]. Она используется в сочетании с медикаментозным лечением. Ее могут проводить начинающие психиатры-наркологи и клинические психологи, делая акцент на приверженности лечению. Временной регламент проведения BRENDA: первый сеанс - 30-40 минут, последующие - 15-30 минут. Данная интервенция не использует

стратегии когнитивно-поведенческой терапии, кроме как в интересах приверженности лечению.

Примерный алгоритм проведения психокоррекционной интервенции BRENDA:

1. Оценка всех составляющих статуса пациента – биологического, психического, психологического, социального (B–Biopsychosocial evaluation).
2. Сообщение пациенту о результатах оценки его пагубного употребления ПАВ по определенным правилам: на основании фактов, без морализаторства или осуждения, избегая конфронтации и споров, дать пациенту достаточно времени для того, чтобы осознать оценку (R–Report).
3. Эмпатия, сочувствие и сопереживание. Понимание проблемы пациента, учет и отражение его эмоционального состояния. Сотрудничество, а не конфронтация. Психологическая поддержка (E – Empathic understanding).
4. Анализ актуальных потребностей пациента. Насущные потребности, здоровье, безопасность и т.п. Приоритеты пациента в удовлетворении своих потребностей. Потребности пациента отражают взаимодействие между врачом и пациентом (N–Needs).
5. Прямые указания и советы специалиста о том, как удовлетворить актуальные потребности пациента. Анализ ресурсов пациента. Анализ ситуаций повышенного риска. Выработка стратегии достижения приоритетов пациента (D–Direct advice)
6. Оценка изменений со стороны пациента в результате советов и рекомендаций по лечению. Комплексный анализ биологических, психических, психологических и социальных показателей в динамике. Положительная обратная связь (A – Assess reaction).

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Тучина О.Д., Мухин А.А., Гуревич Г.Л. Стратегия снижения потребления алкоголя как новая возможность в терапии алкогольной зависимости. Социальная и клиническая психиатрия. 2015; № 25 (3): С. 61-68.
2. Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Шустов Д.И., Рычкова О.В. Основные методы психотерапии наркологических больных. Дифференцированное применение психотерапевтического воздействия. Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Глава 10. С. 699-711.
3. Крупицкий Е.М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины. Неврологический вестник. 2010. № 3. С. 25–27.
4. Миллер У., Роллник С. *Мотивационное* консультирование. Как помочь людям измениться. М.: Эксмо, 2017; 544 с.
5. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости. С.-Пб.: СпецЛит, 2016. 416 с.

10. Мотивационное интервью и цели мотивационной психотерапии

Краткосрочный цель-ориентированный клинический метод усиления внутренней мотивации пациента на достижение изменений за счет совместного обсуждения проблемы, когда выявляется, исследуется и разрешается амбивалентность в отношении лечения, а также определяются мотивационные процессы личности, способствующие осуществлению изменений. Особое внимание уделяется словесному оформлению проблемы для выявления амбивалентности пациента в отношении лечения

МИ предназначено для усиления собственной мотивации личности, обсуждения целей поведенческих изменений путем выявления и исследования аргументов пациента в пользу изменения. МИ всегда нацелено на формирование, поддержание и усиление мотивации на полный отказ от приема ПАВ через поэтапный перевод мотивировки отказа от ПАВ (словесная установка на трезвость, высказываемая пациентом под внешним давлением семьи, работы и т. д.) в истинный мотив отказа от ПАВ как потребность в трезвой жизни. МИ может сочетаться с любыми методами психотерапии, применяемыми в наркологии. Кроме того, МИ как высоко технологичная интервенция может осуществляться на разных этапах лечения наркологического пациента и неоднократно. МИ особенно эффективно в работе с пациентами с низкими мотивацией и комплаенсом к лечению.

МИ и МП основаны на принципах клиент-центрированного подхода К. Роджерса, концепции естественного выздоровления и транстеоретической модели изменений.

Основные компоненты и техники:

- Эмпатия;
- Техники установления альянса;
- Обратная связь;
- Открытые вопросы;
- Подтверждения;
- Избегание сопротивления;
- Работа с амбивалентностью;
- Отражения (рефлексия);
- Обобщения;
- Извлечение самомотивирующих формулировок;
- Планирование изменений;
- Формирование понимания несоответствия;
- Когнитивный диссонанс.

Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как стадия мотивации, на которой находится пациент, внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов. В зависимости от стадии готовности к изменениям, на которой находится пациент, различаются цели мотивационного интервью и несколько изменяется набор используемых техник (таб. П11).

Таблица П11. Модификация целей МИ и МП в зависимости от стадии мотивации

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 через информирование
Стадия «размышления об изменениях»	• Поддержать мысли о возможном изменении поведения • структурировать ожидаемые изменения
Стадия «принятие решений»	• Помочь укреплению намерения изменить образ поведения (подключить к этому других людей из терапевтической группы, родственников)
Стадия «действия»	• 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
Стадия «срыв (рецидив)»	• Уменьшить негативные эмоциональные последствия срыва • Подготовка пациента к возврату на стадию предварительных размышлений

МИ и МП увеличивают длительность удержания пациентов в лечебных программах, снижают потребление ПАВ взрослыми и подростками, вовлеченность в рискованное поведение и улучшают приверженность лечению [99; 263]. Комбинация МИ с другими методами психотерапии для лечения наркологических заболеваний (в частности, КБТ) значимо повышала эффективность последних [331]. Тем не менее, имеются смешанные данные об эффективности МИ для профилактики злоупотребления алкоголем у молодых взрослых [332]. МИ является основой ряда краткосрочных антиалкогольных и антинаркотических интервенций (1-3 сессии в течение 15-30 минут и возможные катамнестические телефонные сессии), эффективность которых для снижения и профилактики злоупотребления ПАВ зачастую оказывается эквивалентной или выше среднесрочных форм психотерапии или традиционных психосоциальных воздействий [333; 334]. Таким образом, МИ рекомендуется использовать в сочетании с другими видами психотерапии, ориентированными на достижение стойких внутриличностных и экологических изменений.

Рекомендуемый минимум – от 1 до 3 психотерапевтических сессий в начале терапии, и по показаниям – на протяжении терапии.

Рекомендуемая дополнительная литература:

1. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Гуревич Г.Л., Кузнецов А.Г., Тучин П.В., Вальчук Д.С. Психотерапевтические подходы к больным опиоидной зависимостью с низкой мотивацией на лечение. Методические рекомендации для врачей психиатров-наркологов, врачей психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе. ФГУ ННЦ наркологии МЗСР. 2013 . 32с.
2. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Гуревич Г.Л., Кузнецов А.Г. Применение комплаенс-психотерапии в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью. Методические

рекомендации для врачей психиатров-наркологов, врачей психиатров, психотерапевтов, клинических психологов. ФГУ ННЦ наркологии МЗСР. 2012. 31с.
3. Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Шустов Д.И., Рычкова О.В. Основные методы психотерапии наркологических больных. Дифференцированное применение психотерапевтического воздействия. Национальное руководство по наркологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Глава 10. С. 699-711.
4. Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000. 320 с.
5. Миллер У., Роллник С. *Мотивационное* консультирование. Как помочь людям измениться. М.: Эксмо, 2017; 544 с.
6. Прохазка Д., Норкросс Д., ди Клементе К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013. 320 с.
7. Роджерс К. Искусство консультирования и терапии. М.: Апрель Пресс, Изд-во Эксмо, 2002. 976 с.

11. Когнитивно-поведенческие подходы

КПТ объединяет ряд лечебных подходов, основанных на теориях социального научения и принципах оперантного обусловливания [335]. Цель КПТ – изменение выученной связи между ассоциированными с ПАВ стимулами и потреблением с помощью когнитивных техник и тренинга навыков [80]. Применение метода базируется на том, что можно изменять эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей, возможность таких изменений основана на связи когнитивной и эмоциональной сферы. Процесс КПТ направлен на формирование желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Подразумевается, что изменение поведения проходит через последовательные этапы: предварительный анализ собственного поведения – действия – решение – поддержание изменений и предупреждение рецидивов. Метод хорошо воспроизводим в клинической практике. Рекомендуемый минимум – от 6 до 15 психотерапевтических сессий.

В лечении наркологических заболеваний основными целями КПТ [276] являются:

1. выявление внутриличностных и межличностных факторов («триггеров»), способствующих возникновению рецидива:

- осознавание эмоций и стоящих за ними дезадаптивных решений, патологических моделей мышления - дисфункциональных убеждений, автоматических мыслей, актуализирующихся в ситуациях риска употребления,
- выявление и конфронтация мыслей об употреблении;

2. тренинг навыков совладания (в том числе, с влечением);
3. тренинг навыков отказа от употребления ПАВ (в том числе, как подготовка к непредвиденным ситуациям);
4. функциональный анализ употребления ПАВ (понимание того, что предшествует употреблению, и его «позитивных» и негативных последствий)
5. усиление видов деятельности, не связанной с употреблением ПАВ.

Специфическими мишенями КПТ в наркологии также является терапия коморбидных заболеваний (например, аффективных расстройств), терапия суицидальных и аутоагрессивных тенденций. В последнем случае КПТ позволяет с помощью тренировки и переобучения изменить дисфункциональные психологические паттерны, связанные с аутоагрессией: беспомощность, безнадежность, неспособность решать проблемы, перфекционизм, иррациональные убеждения, автоматические мысли, а также изменить взгляд пациента на суицид как на альтернативу психической боли. Эффективность методов КПТ для лечения различных наркологических заболеваний доказана в ходе многочисленных РКИ и продемонстрированная рядом систематических обзоров.

Противорецидивный тренинг («профилактика рецидивов», противорецидивная терапия)

Когнитивно-поведенческий подход, мишенью которого является процессуальный характер рецидива как этапа естественного процесса изменения и развитие стратегий совладания для поддержания изменений, достигнутых в терапевтическом процессе [336]. В рамках противорецидивной терапии на основе оценки различных факторов риска возникновения рецидива (физиологических, межличностных, внутриличностных, средовых триггеров) создается уникальный профиль ситуаций пациента и оценивается его способность совладать с ними. С учетом профиля и способности пациента контролировать триггеры рецидива используются специфические стратегии: тренинг новых навыков совладания со срывами и эффектом нарушения трезвости, конфронтация положительных ожиданий от

употребления ПАВ. Глобальные стратегии призваны решать более широкие вопросы: сбалансированности стиля жизни и осознания скрытых факторов возникновения рецидива (общий уровень стресса, использование механизмов рационализации, отрицания, установка на немедленное удовлетворение и т.д.). Главным формируемым навыком становится прогнозирование трудностей, с которыми будет сталкиваться пациент, решивший вести трезвый образ жизни, и выработка эффективных стратегий совладания.

Основные компоненты и техники:

- Тренинг навыков совладания;
- Конфронтация положительных ожиданий, связанных с ПАВ;
- Совладание со срывами;
- Оценка и акцентирование внимания на сбалансированности стиля жизни;
- Совладание с желанием уступить заболеванию путем других мелких уступок;
- Совладание с влечением и позывами к употреблению;
- Проработка когнитивных искажений.

Видом противорецидивного тренинга является **противорецидивная терапия, основанная на осознанности** (mindfulness – «майндфулнес»). Здесь традиционная ПР строится на использовании Буддистских духовных и медитативных практик осознанности [337]. Данные практики используются пациентами (как в процессе собственно терапии, так и в качестве самопомощи) с целью улучшения осознания внешних триггеров и внутренних когнитивных и аффективных процессов, а также для усиления способности пациента справляться со сложным когнитивным, эмоциональным и физическим опытом с помощью наблюдения за данными стрессовыми или дискомфортными состояниями (например, влечением), избегая использования привычных способов реагирования. Данный вид психотерапии позволяет снижать уровень влечения и чувствительность к ПАВ-ассоциированным стимулам, способствуя снижению объемов потребляемых ПАВ [254].

Терапия ситуационного контроля

Терапия ситуационного контроля (СК), или мотивирование с помощью вознаграждений наиболее близка собственно поведенческому направлению и основываются на бихевиоральной фармакологии и теории оперантного обучения, согласно которым с большей частотой повторяется поведение, подкрепляемое позитивными последствиями [335]. СК – это стратегия для стимулирования поддержания трезвости у пациентов за счет предоставления позитивного подкрепления (вознаграждения), и лишения подкрепления или использования мер наказания (отрицательное подкрепление), когда пациенты демонстрируют нежелательное поведение (употребляют наркотики или алкоголь) [338]. Основывается на бихевиоральной фармакологии и теории оперантного обучения, согласно которым с большей частотой повторяется поведение, подкрепляемое позитивными последствиями [335].

Виды лечения, относящиеся к СК, основаны на 3 основных принципах: (1) регулярный частый мониторинг целевого поведения (анализы мочи на содержание ПАВ несколько раз в неделю); (2) предоставление материальных, положительных подкрепляющих стимулов при возникновении целевого поведения (отрицательный результат анализов) и (3) лишение подкрепляющего стимула, если целевое поведение не достигается (положительный результат анализов). СК является одним из самых эффективных методов лечения аддикций, поскольку не только способствует снижению потребления ПАВ и увеличению ремиссии, но и стимулирует другое здоровое поведение: посещение психотерапии, пренатальных консультаций, использование контрацептивов, комплаенс к приему лекарств и удержание в программе лечения [339 – 343].

Основные компоненты и техники:

- Мониторинг целевого поведения;
- Предоставление материальных, положительных подкрепляющих стимулов за демонстрацию целевого поведения
- Лишение подкрепляющего стимула в обратном случае;
- Использование условных поведенческих контрактов.

Тренинг навыков самоконтроля

Многокомпонентная поведенческая интервенция, формирующая навыки контролируемого потребления ПАВ, изначально разработанная для лиц с пагубным употреблением алкоголя, а также применяющаяся для достижения полного воздержания от ПАВ [344]. Согласно модели

ТНС, злоупотребляющие ПАВ способны достигать цели умеренного (контролируемого) употребления с помощью развития соответствующих навыков и изменения среды.

Основные компоненты и техники:

- Самостоятельный мониторинг употребления ПАВ и побуждений употребить его;
- Постановка специфических целей; дифференцированный контроль употребления ПАВ и отказа от выпивки;
- Заключение поведенческих контрактов, в которых указываются вознаграждения и последствия достижения цели;
- Выявление и управление триггерами избыточной выпивки; функциональный анализ ПАВ-связанного поведения;
- Тренинг профилактики рецидивов;
- Формирование мотивации;
- Обратная связь.

ТНС позволяет снизить объем употребляемых ПАВ (в основном, алкоголя), частоту проблем, связанных с употреблением ПАВ; эффекты сохраняются долгое время (до 2 лет) и столь же устойчивы, как полученные в ходе лечения, ориентированного на полную трезвость, и не зависят от метода тренинга [290; 291]. Тем не менее, следует учитывать, что применение тренинга, ориентированного на контролируемое употребление, противопоказано для пациентов с синдромом зависимости [*123*].

Рекомендуемая литература:

1. Агибалова Т.В., Голощапов И.В., Рычкова О.В. Комплаенс-психотерапия больных с алкогольной зависимостью. Наркология. 2010. №3. С. 58–64.
2. Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000. – 320 с.
3. Бек А.Т., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, Практикум по психотерапии, 2002. 544 с.
4. Бек Дж. С. Когнитивная терапия: полное руководство. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2006. 400 с.
5. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии в наркологии. В кн. Лекции по наркологии. Ред. Н.Н. Иванец. М.: Медпрактика, 2001. С.233–243.
6. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ. В кн. Лекции по наркологии под ред. проф. Н.Н. Иванца. М.: Нолидж, 2000. С. 341–364.
7. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учеб. для вузов. СПб.: Питер, 2002. 672 с.
8. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / пер. с англ. Т.Саушкиной. СПб.: Речь, 2001. 560 с.
9. Московский психотерапевтический журнал. Специальный выпуск по когнитивной психотерапии, М., 1996 № 3. http://psyjournals.ru/mpj/1996/n3/
10. Московский психотерапевтический журнал. Специальный выпуск по когнитивной психотерапии, М., 2001 № 4. http://psyjournals.ru/mpj/2001/n4/
11. Фрейджер Р., Фэйдимен Д. Личность. Теории, упражнения, эксперименты. М.: ОЛМА ПРЕСС, 2004. 657 с.
12. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. В кн. Основные направления современной психотерапии: учебное пособие / ред. Боковиков А.М. М.: Когито-Центр, 2000. С. 224–267
13. Шустов Д.И., Тучина О.Д. Психотерапия алкогольной зависимости. С.-Пб.: СпецЛит, 2016. 416 с.
14. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд./ Пер. с англ. Т. Саушкиной. СПб.: Издательство «Речь», 2002. 352 с.

12. Семейная терапия

Группа методов, объектом психотерапевтического воздействия в которых является пациент и его/ее семейное окружение. Может быть групповой и индивидуальной. Основная цель – коррекция патологических типов семейных отношений.

Целями семейной терапии являются:

1. психообразование – предоставление информации о пагубных последствиях потребления психоактивных веществ, риске формирования синдрома зависимости, методах лечения и роли родственников в поддержании трезвости и реабилитации пациента;
2. улучшение семейного функционирования, главным образом за счет:
   - коррекции зависимо-созависимых отношений;

- коррекции негативных когнитивных и эмоциональных состояний, в т.ч. вызванных коммуникацией с пациентом, и обучение родственников способам совладания с ними (в основном, с помощью методов когнитивно-поведенческой терапии (см. ниже в данном разделе));
- обучения методам поддержки и профилактики срыва, которые можно использовать в домашних условиях;
- профилактики внутрисемейной передачи злоупотребления ПАВ между поколениями.

Специалистам необходимо провести от 10 до 30 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи или значимого другого.

Семейная системная психотерапия и анализ генограмм. Модель семейных систем основана на идее о том, что организующим фактором семей является взаимодействие, связанное с употреблением ПАВ. Адаптация к употреблению наркотиков позволяет семье поддерживать гомеостаз: например, пациент с синдромом зависимости от алкоголя не способен выразить чувства, пока не напьется. Используя системный подход, терапевт осуществляет поиск и пытается изменить дезадаптивные модели общения или семейные ролевые структуры, которые используют злоупотребление ПАВ для поддержания стабильности [345].

Поскольку психологические проблемы, связанные с употреблением ПАВ и когнитивными (мнестическими) дефицитами, имеют тенденцию «передаваться» в семьях в качестве биологического или психологического артефакта [346-348], в системной психотерапии разработан инструмент, с помощью которого можно отслеживать такую передачу. Составление генограмм – визуальных репрезентаций семейной истории с определением того, кто и когда из родственников / предков имел сходные заболевания и психосоциальные проблемы; какие социальные и семейные связи вносят вклад в продолжение употребления ПАВ пациентом [349], может быть использовано в качестве вспомогательного инструмента диагностики и коррекции семейного функционирования, а также профилактики внутрисемейной передачи расстройств, связанных с употреблением ПАВ. Генограммы способствуют формированию осознавания психологической природы заболевания и вклада семейного и социального окружения в поддержание расстройств, связанных с, либо вызванных употреблением ПАВ [*350*].

Семейная когнитивно-поведенческая терапия основана на идее о том, что злоупотребление ПАВ подкрепляется взаимодействиями членов семей. Лечение, ориентированное на модификацию поведения, стремится к изменению взаимодействий и целевого поведения, которое запускает злоупотребление ПАВ, для улучшения способностей к общению, решения проблем и усиления навыков совладания. Особенно эффективным методом семейной когнитивно-поведенческой терапии является заключение поведенческих контрактов, разрабатываемых также в методе трансакционного анализа. Можно выделить такие виды контрактов как: условный контракт (мотивируемый вознаграждением); контракт на продолжение выздоровления и противорецидивный план; контракт на трезвость; контракт на сокращение употребления ПАВ; контракт на тренировку навыков самообеспечения и т.д.

Другие техники семейной КПТ: метод «алкоголь-сфокусированного вовлечения супругов»; тренинг самоконтроля и тренинг навыков совладания с алкогольными ситуациями; элементы мотивирования вознаграждениями; доверительная беседа; противорецидивный тренинг, техники решения проблем. Применение метода семейной психотерапии у наркологических пациентов помогает решить следующую основную задачу: интеграция представлений о наркологическом заболевании в русле именно болезненных расстройств, а не нравственных, психологических или других индивидуальных соображений о природе злоупотребления ПАВ. По существу, семейная психотерапия заключается в преодолении феномена анозогнозии родственников и достижение конструктивного альянса между всеми членами семьи и врачом для развития тактики совладения с болезнью. У многих членов семьи существует страх ожидания выписки пациента из стационара, непосредственно связанного с деструктивным поведением пациента, которые они наблюдали до его госпитализации и до начала терапии. Поэтому требуется систематическое переубеждение родственников пациента, а также окружающих лиц (соседей, знакомых) в том, что пациент не может быть опасен в случае соблюдения им режима трезвости. В рамках семейной психотерапии осуществляется также консультирование по юридическим вопросам, урегулировании семейных конфликтов, помощи в решении бытовых вопросов (осуществляется социальным работников).

Семейная терапия способствует снижению потребления ПАВ; формированию длительных ремиссий; улучшению взаимоотношений между членами семьи; улучшению психологического состояния детей в семьях.

Рекомендуемая литература:

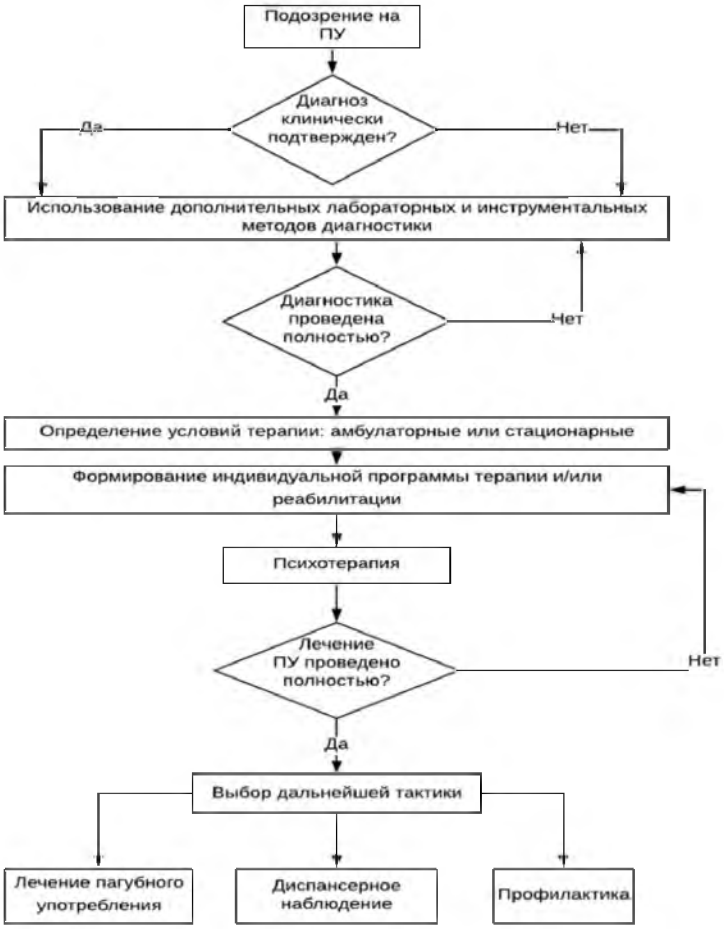
1. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: Институт консультирования и системных решений, 2015. 368 с.
2. Методические рекомендации по специализации психиатрия-наркология для клинических ординаторов, аспирантов и врачей-психиатров-наркологов. Раздел «Химические зависимости и семья». Часть 1 / Составитель В.Д. Москаленко. Москва, 2014. 59 с.
3. Методические рекомендации по специализации психиатрия-наркология для клинических ординаторов, аспирантов и врачей-психиатров-наркологов. Раздел «Химические зависимости и семья». Часть 2 / Составитель В.Д. Москаленко. Москва, 2014. 79 с.

13. Дифференциальная диагностика пагубного употребления и зависимости

Таблица П12. Дифференциальная диагностика

Критерий	Пагубное употребление ПАВ	Зависимость от ПАВ
Защитная реакция после приема ПАВ (тошнота, рвота, головные боли и др.)	В большинстве случаев присутствует	Отсутствует
Синдром отмены	Нет	Да
Толерантность к ПАВ	Нарастающая	Максимальная
Прием ПАВ	Эпизодический	Систематический
Патологическое влечение	Эпизодические мысли с борьбой мотивов	Сильное желание или чувство насильственной тяги к приему ПАВ
Контроль	В некоторых случаях возможна утрата количественного контроля	Утрата количественного и ситуационного контроля

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

F1x.1xx ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ. УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ.

Пагубное употребление психоактивного вещества (ПАВ)– это такой прием алкоголя или наркотиков, который наносит вред здоровью. Этот вред может быть физическим (например, заражение вирусом гепатита при внутривенном введении наркотика), и/или психическим (развитие депрессии после употребления алкоголя).

Пагубное употребление ПАВ – это еще не зависимость (со всеми ее проявлениями), но и не норма. Границы зависимости от ПАВ и употребления с вредными последствиями часто размыты и установить правильный диагноз бывает непросто. Формирование зависимости от ПАВ происходит постепенно в зависимости от индивидуальных особенностей конкретного организма. Здесь играют роль и генетические факторы и особенности среды в которой находится организм, личностные особенности.

При первых пробах любого ПАВ, большинство людей не сразу испытывают положительные ощущения, возникает нормальная «защитная реакция» в виде тошноты, рвоты, головных болей, и др., и в дальнейшем часть людей, испытав отрицательные эмоции, отказывается от ПАВ совсем, другие продолжают пробовать, в том числе разные ПАВ. Часть людей сразу испытывают положительные эмоции от приема первых доз ПАВ.С другой стороны, бывает и такое, что даже однократный прием алкоголя или наркотика наносит значительный вред организму. Например, может возникнуть тяжелое отравление организма вплоть до коматозного состояния.

Необходимо обращать внимание на ряд признаков, которые могут говорить о начале формирования зависимости. К ним можно отнести утрату «защитных реакций» на прием ПАВ, утрату количественного контроля, увеличение доз употребляемого ПАВ необходимого для достижения положительных эмоций, учащение употребления ПАВ, появление навязчивых мыслей об употреблении ПАВ, употребление не столько ради чего-либо, сколько вопреки отрицательным последствиям (нарушение дружеских, семейных, трудовых отношений, проблемы с законом, ухудшение здоровья, тягостные похмельные состояния). При обнаружении этих признаков необходимо обратиться к специалисту для консультации. Употребление алкоголя в подростковом возрасте также служит поводом для обращения к врачу. Если возникают ситуации употребления наркотиков, то это уже может служить поводом для обращения к специалистам.

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголяAUDIT

Название на русском языке: Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголяAUDIT.

Оригинальное название: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Источник: Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G., World Health Organization.The*Alcohol Use Disorders Identification Test.Guidelines for use*in primary health care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=3AE5BA0F95426705E sequence=1

Тип: скрининг-тест.

Назначение: Тест для выявления лиц с опасным и вредным для здоровья характером потребления алкоголя.С помощью скрининг-теста у пациентов возможно установить выраженность злоупотребления алкоголем и зависимость от него.

Пожалуйста, выберите номер ответа, который лучше всего относится к Вам, исходя из таблицы.

Отметьте ответ, который относится к Вам *(в ячейках цифры = баллам).*

	Никогда	Меньше, чем раз в месяц	Ежемесячно (раз в месяц)	Еженедельно (раз в неделю)	Ежедневно или почти ежеднев о	**Кол-во баллов**
Как часто Вы потребляете алкогольные напитки?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	
Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?	1-2 **(0)**	3-4 **(1)**	5-6**(2)**	7-9**(3)**	≥10 **(4)**	
Если Вы мужчина, как часто Вы употребляете 6 или больше доз (более 180 мл водки или 600 мл вина); если Вы женщина, как часто Вы употребляете 4 или больше доз (более 120 мл водки или 400 мл вина) во время одного мероприятия?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	
Как часто в течение прошлого года Вы не могли прекратить пить, после того как Вы начали?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	
Как часто в течение прошлого года Вы не делали из-за употребления алкоголя то, что обычно планировалось Вами сделать?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	
Как часто в течение прошлого года Вы нуждались в алкоголе утром, чтобы прийти в себя после избыточного употребления алкоголя накануне?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	
Как часто в течение прошлого года у Вас было чувство вины или раскаяния после употребления алкоголя накануне?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	
Как часто в течение прошлого года Вы не помнили следующим утром то, что произошло накануне вечером из-за употребления алкоголя?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	
Были ли Вы или кто-то из Вашего окружения травмированы из-за Вашего потребления алкоголя?	Нет, Никогда **(0)**		Да, это было более чем год назад **(2)**		Да, в течение этого года **(4)**	
Кто-то из родственников, друг, приятель, доктор, и т.д., знавший Вас, проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя, либо предлагал, чтобы Вы уменьшили потребление?	Нет, Никогда **(0)**		Да, это было более чем год назад **(2)**		Да, в течение этого года **(4)**	
Подсчитайте и запишите полученную сумму						

ДОЗЫ АЛКОГОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА УПОТРЕБЛЯЕМОГО НАПИТКА

Стандартная доза (порция)	Дозы алкоголя в зависимости от вида употребляемого напитка			
	Водка (мл) 40 об%	Крепленое вино (мл)17-20 об%	Сухое вино (мл) 11-13 об%	Пиво (бут 0,5 л) 5 об%
1 или 2	30-60	75-150	100-200	250 мл -1 бут
3 или 4	90-120	225-300	300-400	1,5 бут - 2 бут
5 или 6	150-180	375-450	500-600	2,5 бут - 3 бут
7 – 9	210-240	525-600	700-800	3,5 бут - 4 бут
10 и более	300 и более	750 и более	1000 и более	5 бут и более

Ключ (интерпретация):

Сумма баллов	Уровень риска
0-7	Беспроблемное употребление
8-15	Зона риска
16-19	Зона употребления алкоголя с вредными последствиями
20-40	Зона алкогольной зависимости

Пояснения: Согласно ВОЗ, минимальная стандартная доза чистого алкоголя равна 10 грамм чистого алкоголя (12,7 мл спирта).

Сумма баллов	Уровень риска	Вид интервенции
0-7	Беспроблемное употребление	Информирование по проблемам, связанным с потреблением алкоголя
8-15	Зона риска	Простой совет
16-19	Зона употребления алкоголя с вредными последствиями	Простой совет + краткая психологическая интервенция + фармакологическое лечение + поддерживающий мониторинг
20-40	Зона алкогольной зависимости	Уточнение диагноза и лечение синдрома зависимости

Приложение Г2. Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиков DUDIT

Название на русском языке: Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением наркотиковDUDIT.

Оригинальное название: The Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)

Источник: Berman A.H., Bergman H., Palmstierna T. DUDIT (The Drug Use Disorders Identification Test) Manual Version 1.0. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience;2003. 12 p. URL: https://www.paihdelinkki.fi/sites/default/files/duditmanual.pdf.

Тип: скрининг-тест.

Назначение: Тест для выявления лиц с опасным и вредным для здоровья характером потребления наркотиков.

Вам предлагается ответить на несколько вопросов о наркотиках. Отвечайте максимально точно и честно, отмечая подходящий Вам вариант ответа.

Мужчина_____ Женщина_____ Возраст _____					
1. Как часто вы употребляете наркотические средства, кроме алкоголя?	Никогда	1 раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 раза в неделю или чаще
2. Употребляете ли Вы разные виды наркотиков (более одного) во время одного эпизода употребления?	Никогда	1 раз в месяц или реже	2-4 раза в месяц	2-3 раза в неделю	4 раза в неделю или чаще
3. Когда Вы употребляете наркотики, сколько раз в день Вы обычно это делаете?	0	1-2	3-4	5-6	7 и более
4. Как часто вы оказываетесь под	Никогда	Реже чем раз в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день

сильным воздействием наркотиков?					
5. В течение последнего года испытывали ли Вы настолько сильное влечение к наркотикам, что не могли ему противостоять?	Никогда	Реже чем раз в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
6. Случалось ли в течение последнего года так, что, начав прием наркотиков, Вы не могли остановиться?	Никогда	Реже чем раз в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
7. Как часто за последний год, употребив наркотики, Вы пренебрегали тем, что должны были сделать?	Никогда	Реже чем раз в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
8. Как часто за последний год Вам приходилось употреблять наркотик утром, после интенсивного употребления наркотиков накануне?	Никогда	Реже чем раз в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
9. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совестииз-за того, что употребляли наркотики?	Никогда	Реже чем раз в месяц	Каждый месяц	Каждую неделю	Ежедневно или почти каждый день
10. Получали ли Вы или кто-то другой физическую или психическую травму в результате употребления Вами наркотиков?	Нет		Да, но не в течение последнего года		Да, в течение последнего года
11. Выражали ли родственники, друзья, врач, медсестра или кто-либо еще озабоченность употреблением Вами наркотиков, или говорили Вам о том, что Вам следует прекратить употребление?	Нет		Да, но не в течение последнего года		Да, в течение последнего года

Ключ (интерпретация):

Вопросы 1-9: 0, 1, 2, 3, 4 балла за варианты ответов с 1 по 5, соответственно.

Вопросы 10-11: 0, 2, 4 балла за варианты ответов с 1 по 3, соответственно.

Необходимо суммировать все баллы. Максимальная оценка - 44 балла.

- 6 и более баллов для мужчин; 2 и более баллов для женщин – зона употребления наркотиков с вредными последствиями;
- 25 баллов и более – большая вероятность наличия синдрома зависимости от наркотика.

Пояснения: Указанные баллы являются предварительными данными, для постановки диагноза пагубного употребления или зависимости необходима дополнительная информация.

Приложение Г3. Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться SOCRATES

Название на русском языке: Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться SOCRATES

Оригинальное название: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

Источник: Miller W.R., Tonigan J.S. Assessing drinkers" motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors. 1996; №10: 81–89. URL: https://www.drugsandalcohol.ie/26826/

Российская адаптация: Климанова С.Г., Трусова А.В., Киселев А.С., Бернцев В.А., Громыко Д.И., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES) // Консультативная психология и психотерапия. 2018; № 26(3): 80—104. URL: https://psyjournals.ru/files/95217/cpp_2018_n3_Klimanova_Trusova_et_al.pdf

Тип: структурированный опросник для заполнения пациентом.

Назначение: Тест для оценки мотивации к изменению поведения, связанного со злоупотреблением ПАВ.

Опросник готовности к изменениям в употреблении алкоголя/наркотиков (SOCRATES — The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) (в адаптации см. выше)

Имя пациента:_____№ пациента: _____ Дата: _____

Инструкция. Пожалуйста, прочитайте внимательно каждое из приведенных внизу утвердительных высказываний. Каждое из них описывает то, что Вы, возможно, думаете (или не думаете) об употреблении Вами алкоголя/наркотиков. Для каждого утверждения обведите одну из цифр на шкале справа для того, чтобы указать то, насколько Вы согласны или не согласны с этим утверждением на данный момент. Пожалуйста, обведите только одну цифру для каждого утверждения.

1. Я действительно хочу внести изменения, связанные с употреблением *алкоголя/наркотиков*, в свой образ жизни.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
2. Я уже начал вносить изменения, связанные с употреблением *алкоголя/ наркотиков*, в свой образ жизни.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
3. Одно время я употреблял слишком много *алкоголя/ наркотиков*, но мне удалось с этим справиться.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
4. Иногда я задумываюсь, действительно ли я *алкоголик/ наркоман.*	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
5. Я не только думаю об изменениях в образе жизни, связанных с употреблением *алкоголя/ наркотиков*, но уже кое-что делаю.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
6. Я уже изменил свой образ жизни, связанный с употреблением *алкоголя/наркотиков*, и ищу способы, как удержаться от возвращения к старым привычкам.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
7. У меня серьезные проблемы с *алкоголем/наркотиками.*	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
8. Иногда я задумываюсь, приношу ли я, употребляя *алкоголь/ наркотики*, вред другим людям.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
9. Сейчас я предпринимаю активные попытки сократить или прекратить употребление *алкоголя/ наркотиков*.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
10. Если я не изменю свой образ жизни, связанный с употреблением алкоголя/ наркотиков, в ближайшее время, мои проблемы могут усугубиться.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
11. Я знаю, что у меня проблемы с *алкоголем/наркотиками*	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
12. Я хочу получить помощь, чтобы не возвращаться к проблемам, которые я ранее имел из-за *алкоголя/наркотиков*.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
13. Иногда я задаю себе вопрос, контролирую ли я свое употребление *алкоголя/наркотиков*.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
14. Я — *алкоголик/наркоман*.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
15. Я стараюсь изо всех сил, чтобы изменить свой образ жизни, связанный с употреблением *алкоголя/ наркотиков*.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
16. Иногда я задаю себе вопрос, не употребляю ли я слишком много *алкоголя/наркотиков*.	1	2	3	4 Согласен	5

	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен		5 Полностью согласен
17. У меня проблемы с *алкоголем/наркотиками*.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
18. Я уже внес изменения, связанные с употреблением *алкоголя/наркотиков*, в мой образ жизни, и я нуждаюсь в помощи, чтобы двигаться в этом направлении дальше	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен
19. Мой образ жизни, связанный с употреблением *алкоголя/наркотиков*, приносит много вреда.	1 Полностью не согласен	2 Не согласен	3 Не уверен	4 Согласен	5 Полностью согласен

В шаблоне совмещены варианты теста для употребления алкоголя и наркотических веществ. При тестировании следует предлагать пациентам заполнять бланк с одним из вариантов, набранных курсивом, то есть при подозрении на ПУ алкоголя оставлять только «алкоголь» из пары «*алкоголь/наркотики*».

Подсчет баллов: 1 балл — «Полностью не согласен»; 2 балла — «Не согласен»; 3 балла — «Не уверен»; 4 балла — «Согласен»; 5 баллов — «Полностью согласен». Общее количество суммируется, показатели готовности к изменениям оцениваются с помощью нижеприведенной таблицы [191].

Тестовые нормы опросника «Готовность к изменениям» (таблица перевода сырых баллов в стены)

Уровни	**Низкий**		**Ниже среднего**		**Средний**		**Выше среднего**		**Высокий**	
Стены	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
%	1,9	3,7	11,2	13,5	17,4	21,2	15,2	8,7	4,8	2,4
Баллы	43 и ниже	44-47	48-50	51-55	56-62	63-77	78-84	85-86	87-89	90 и выше