

Д. А. Донской, А. В. Копытов, В. Н. Сидоренко

## АКТУАЛЬНОСТЬ КРАТКОСРОЧНЫХ СТРАТЕГИЙ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

---

*В настоящей статье представлен обзор литературы по имеющимся методам краткосрочной терапии алкогольной зависимости. Были проанализированы электронные базы данных: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed» с 1966 года. В обзор включены исследования по эффективности, анализу различных методов краткосрочной терапии, а сравнение данной группы методов с другими видами вмешательств при алкогольной зависимости. Рассмотрены различные патогенетические механизмы методов краткосрочной терапии при алкогольной зависимости. Показана эффективность данной группы методов в зависимости от индивидуальных клинических характеристик заболевания и особенностей его формирования. Проведен анализ показаний, ограничений при применении методов краткосрочной терапии. Рассмотрены вопросы рентабельности и экономической эффективности их применения.*

**Ключевые слова:** *алкогольная зависимость, краткосрочные методы лечения, обзор, эффективность.*

D. A. Donskoy, A. V. Kopytov, V. N. Sidorenko

## THE RELEVANCE OF SHORT-TERM STRATEGIES OF INTERVENTIONS FOR ALCOHOL ADDICTION

*This article provides an overview of the available literature on the methods of short-term treatment of alcohol addiction. Were analyzed electronic databases: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed» since 1966. The review includes studies on the effectiveness of different methods of analysis of short-term therapy, and the comparison of this group of methods with other types of interventions for alcohol addiction. Considered various pathogenetic mechanisms of short-term therapies for alcohol addiction. It was shown the efficiency of this group of methods, depending on the individual clinical characteristics of the disease and the characteristics of its formation. Spend analysis readings, restrictions on the use of short-term therapy. Shown the questions of cost-effectiveness and economic efficiency of their use.*

**Key words:** *alcohol addiction, short-term treatments, review efficiency.*

---

**В**торичная профилактика алкогольных проблем включает методы, используемые для раннего выявления и лечения людей с чрезмерным употреблением алкоголя. Эти профилактические методы обозначаются как краткосрочные вмешательства.

Краткосрочное вмешательство – краткосрочная стратегия, основанная на мотивационной терапии, которая сосредоточена на изменении поведения пациента и актуализации согласия пациента с терапией. Эти стратегии показали свою эффективность при оказании помощи социально пьющим с целью уменьшения или прекращения употребления алкоголя [5, 6], а также для того, чтобы подготовить зависимых от алкоголя войти в долгосрочные программы лечения и лечить некоторых зависимых от алкоголизма пациентов, для которых цель – воздержание. Проводимое лечение из четырех или менее количества сессий, каждая из которых длится от нескольких минут до часа, в зависимости от тяжести алкогольной проблемы пациента, разработано также для работников здравоохранения, которые не являются специалистами в аддиктологии.

Хотя есть понимание, что краткосрочные вмешательства эффективны для проблем пьющих, есть некоторые разногласия в том, должны ли быть первичной целью помощи мотивация для изменений или развитие копинг-навыков. Фактически, несколько видов лечения алкогольных проблемы (управляемое самоизменение Sobell's [39], обучение поведенческому самообладанию Miller [25], и сокращение вреда Marlatt's [23]) объединяют копинг-навыки (например, функциональный анализ, идентификацию опасных ситуаций, выработку альтернативного поведения, решение проблем) и мотивационные вмешательства (например, проблем обратной связи, выявление мотивации на изменения, выбор цели употребления).

В обзор исключены исследования, которые сравнивали краткосрочные вмешательства с более интенсивным и обширным лечением, а также эффективность обычных краткосрочных вмешательств.

**Цель** этого обзора литературы в том, чтобы рассмотреть, изданные исследования и сделать выводы об эффектах краткосрочных вмешательств, применяемых при лечении алкогольных проблем для последующего обоснования их эффективного применения в клинической наркологии.

Для идентификации соответствующих исследований использовалась комбинация ключевых слов: «алкогольная зависимость», «употребление алкоголя с вредными последствиями», «злоупотребление алкоголем», «алкоголь», «хронический алкоголизм», «алкогольная интоксикация», «лечение», «психотерапия», «реабилитация», «профилактика», «ремиссия», «алкогольные проблемы», «краткосрочные вмешательства», «социальные программы».

В 2012 и 2015 годах произведен поиск электронных баз данных: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsyInfo», «PubMed» с 1966 года.

Были рассмотрены доступные исследования в данной области, которые включали не только зависимых от алкоголя, но и лиц со злоупотреблением. В обзор включены исследования по краткосрочным видам вмешательств.

Были рассмотрены результаты мета-анализов, обзоров литературы и диссертаций. Самыми важными критериями по результатам, включенных исследований, были изменения в потреблении алкоголя и связанных с алкоголем проблем, продолжительность ремиссии. Субъекты в большинстве исследований были представителями из общей популяции, но некоторые исследования также включали пациентов из учреждений здравоохранения, больниц или амбулаторных клиник.

Есть различные подходы к рассмотрению проблем алкоголя. Выбор лечения зависит в большой степени от тяжести проблем обращающихся. Некоторые люди могут потребовать лишь незначительные поведенческие изменения для решения возникающих проблем. Для тех, чья модель употребления привела к более серьезным негативным последствиям, необходима более интенсивная вторичная и третичная профилактика.

Существует множество методов лечения, каждый из них соответствует определенному типу людей и меньше подходит для других [14]. Они включают модификации поведения, группы поддержки, фармакологическое лечение. Некоторые виды лечения имеют цель воздержание от алкоголя, в то время как другие подходы стремятся изменить стиль выпивок на более умеренный и совместимый со здоровым, уравновешенным образом жизни. Какой подход и конечный результат являются лучшим для конкретного человека, должны определяться в индивидуальном порядке в каждом конкретном случае.

Краткосрочные вмешательства представлены предоставлением краткой информацией (5 мин) или консультированием (от 10 до 15 мин), до 60-минутного вмешательства. В одном исследовании, вмешательство было дано в виде когнитивной терапии, которая повторялась каждый второй месяц в течение 1 года (по 45 мин шесть 20-минутных сессий). В другом исследовании, использовалась когнитивно-поведенческая терапия, которая была дана в виде шести сессий в течение первых 3 месяцев и, по меньшей мере, трех сессий в течение ближайших 3 месяцев. Целью этой терапии было сократить потребление алкоголя в два раза или снизить количество употребления алкоголя до двух и менее порций в день. Кроме того, вмешательство может также включать в себя лабораторные тесты, письменные инструкции и повторные контрольные посещения (от одного до 6 раз). По большей части, вмешательство состояло из мотивационной дискуссии о рисках тяжелого употребления, чтобы уменьшить потребление алкоголя до уровня, связанного с низким риском и меньшим

количеством проблем. Время наблюдения составило обычно 12 месяцев. В одном исследовании было 8 недель, в трех исследованиях было 6 месяцев, в пяти исследованиях было 24 месяцев и в одном исследовании было 48 месяцев. Еще два недавних исследования сообщали о результатах либо 10 лет или 10 до 16 лет наблюдения [7, 10, 13, 15].

В настоящее время, есть очень немного признаков, превосходства одного краткосрочного вмешательства над другим для всех алкогольных проблем и, фактически, краткосрочные вмешательства часто являются столь же эффективными, как и более расширенные формы вмешательств. Например, в проекте MATCH [33] нашли, что четыре процедуры терапии повышения мотивации [30] снижали употребление так же, как и 12 процедур когнитивно-поведенческой терапии или подходов с помощью 12-шаговой программы. За 20 лет систематический ряд исследований Miller и коллег неоднократно находили, что минимальные условия лечения (совет, обратная связь, библиотерапия) имели сопоставимую эффективность с 10–18 неделям стандартного лечения или лечение с помощью обучения копинг-навыкам для ослабления употребления [16, 28, 29]. Только приблизительно 10% исследований [35, 37] продемонстрировали превосходство более расширенного лечения над кратким вмешательством. На важные вопросы об эффективности различных интервенционных методик не могут ответить исследования, в которых содержание лечения путают с различиями в интервенционной интенсивности (длительность процедур, продолжительность и их количество) и происхождении. Кроме того, расширенные исследования, включенных во многие изученных статей [4, 19], часто показывают запланированные различия при интенсивных вмешательствах и имеют сомнительное клиническое значение (Проект MATCH Research Group) [33].

Обширная литература указывает, что краткосрочные вмешательства более эффективны в ослаблении тяжелого питья, чем отсутствие вмешательств, а иногда столь же эффективны, как и более расширенные рекомендации. Хотя имеется широкий диапазон краткосрочных вмешательств (мотивационное интервью, обучение копинг-навыкам, образование по вопросам риска, опытные советы, персонифицированная обратная связь, благосклонное отношение к врачу-специалисту), которые кажутся эффективными для проблем пьющих, исследования до настоящего времени были ограничены в их способности сравнивать цель или содержание определенных вмешательств.

Убедительные доказательства, поддерживающие эффективность краткосрочных вмешательств для тяжело пьющих [4, 8], основаны на гетерогенной группе исследований, включающих различные терапевтические компоненты, такие как оценка проблем, просвещение на предмет риска, консультации экспер-

тов, индивидуальная обратная связь, обращение за поддержкой и тренинг копинг-навыков. В часто цитируемых обзорах литературы по краткосрочным вмешательствам Bien [4] подчеркнули важность оценки и сравнения эффективности конкретных методов.

По результатам мета-анализа, подготовленного Bien [4] краткосрочные вмешательства признаны эффективными в снижении потребления алкоголя у злоупотребляющих алкоголем. На сегодняшний день, в литературе приводится более десятка рандомизированных контролируемых исследования (РКИ) и 32 исследования по краткосрочным вмешательствам, направленных на коррекцию алкогольного аддиктивного поведения, проведенных более чем на 6000 проблемно пьющих из 14 стран. Эти исследования показали, что краткосрочные вмешательства являются более эффективными, чем отсутствие консультирования и зачастую столь же эффективны, как и более интенсивное лечение. Существует обнадеживающие данные, что течение вредного употребления алкоголя может быть эффективно изменено хорошо разработанными стратегиями вмешательств, которые можно использовать в относительно коротких контактных ситуациях в системе первичной медицинской помощи [4].

Некоторые исследователи сосредоточили внимание на копинг-навыках и подходах повышения мотивации, потому что они являются двумя краткосрочными методами психотерапии для расстройств, вызванных употреблением ПАВ с наибольшей эмпирической поддержкой [9]. Копинг-навыки включают образование, обучение, моделирование и практику в целях содействия лучше справиться с конфликтом, стрессом и эмоциями, как альтернатива употреблению. Профилактика рецидивов и обучение копинг-навыкам [22] являются эффективными для лечения зависимостей от алкоголя, кокаина, героина и марихуаны [9]. Мотивационное интервью [26] является одним из наиболее четко определенных и тщательно изученных из краткосрочных вмешательств [11, 19]. Мотивационное интервью не устанавливает конкретных копинг-навыков, не предоставляет обязательных советов и не навязывает цели или задачи восстановления клиента. Это не директива и клиент сосредоточен на выборе из альтернативы, с целью повышения внутренней мотивации к изменениям.

Хотя существует консенсус, что краткосрочные вмешательства являются эффективными для проблемно пьющих, существуют разногласия по поводу того, что является основной задачей – повышение мотивации для изменений или развитие копинг-навыков. На самом деле, несколько значимых проблем лечения зависимости (включая, управление самоизменением Sobell and Sobell's [41], тренинг самоконтроля поведения Miller's [27] и снижения вреда Marlatt's [24]) по интегрированию копинг-навыков (например, функциональный анализ, идентифика-

ция ситуаций риска, формирование альтернативных форм поведения, решение проблем) и мотивационным вмешательствам (например, проблемы обратной связи, стимуляция мотивации для изменений, выбор цели у пьющих) [3, 24, 36, 40]. Хотя с хорошими намерениями, смешивание этих контрастных моделей лечения могут быть преждевременными при отсутствии условий, в которых одни или другие, или их сочетание лучше предсказывают положительный результат.

При отсутствии достаточного контроля при различных вмешательствах от оценки интенсивности до проведения вмешательства, исследователи не могут разобраться реагируют ли пьющие дифференцировано на содержимое вмешательства либо эффект зависит от интенсивности воздействия, квалификации терапевта или повышения уровня информированности об употреблении через интенсивную переработку. Цель одного из исследований состояла в оценке результатов употребления у не тяжело зависимых взрослых, прошедших три краткосрочных сессии обучения навыкам решения проблем по сравнению с тремя краткосрочными сессиями повышения мотивации, а также представителей группы из листа ожидания находившихся под пристальным наблюдением врачей. Чтобы оценить уникальные эффекты этих двух краткосрочных вмешательств без воздействия субъективной оценки, во всех трех группах проводился ежедневный мониторинг с помощью персонального компьютера в течение 3-недель до и 3-недель после периода вмешательства. Прогнозировали, что участники двух групп, прошедших краткосрочные вмешательства, покажут дополнительное снижение количества и частоты употребления алкоголя по сравнению с участникам группы контроля, которые получили только персональный ежедневный мониторинг.

По результатам исследования участники, находившиеся в листе ожидания, выпивали больше до, во время и после краткосрочных вмешательств, чем субъекты, проходившие короткие вмешательства, где все участники продемонстрировали снижение количества и частоты употребления. Никаких различий в употреблении не было найдено у субъектов проходивших одно из краткосрочных вмешательств.

Два исследования изучали долгосрочные последствия краткосрочных вмешательств. Одно из этих исследований показало снижение смертности, связанной с алкоголем с 10 до 16 лет [32].

В 18 из 25 РКИ – по крайней мере, среднего качества краткосрочные вмешательства имели значительный положительный эффект. Эти исследования включали 7812 физических лиц (6198 мужчин и 1614 женщин) проходивших лечение в государственных учреждениях. Шесть исследований, которые были проведены в рамках первичной медико-санитарной помощи и одно исследование, которые проводили в больницах, включали особенно большое ко-

личество пациентов и были высокого качества [1, 5, 6, 31, 38, 46]. В этих шести исследованиях, вмешательство колебалось от краткосрочного консультирования в виде когнитивной терапии от шести до девяти сессий в течение 1 года. В двух из этих исследований, отмечена достоверная разница в снижении потребления алкоголя. Два исследования показали значительное снижение числа дней нетрудоспособности, уменьшение психосоциальных проблем и количество посещений врача. В двух исследованиях было зафиксировано уменьшение количества новых травм и необходимость стационарного лечения.

Результаты одного из мета-анализов (за период с 1980 по 2011 год с включенными в анализ 4041 взрослыми и подростками, которые находились на стационарном лечении и получали краткосрочные интервенции до 3 сессий или обычную терапию) показали, что пациенты, которые получали краткосрочные вмешательства имели большее сокращение употребления алкоголя в течение однолетнего периода по сравнению с лицами из группы сравнения с обычным лечением. Кроме того, было значительно меньше смертей в течение одного года в группах, получавших краткосрочные консультации, чем в группе сравнения. Эти выводы основаны на исследованиях с участием в основном лиц мужского пола. Авторы приходят в заключение, что необходимы дальнейшие исследования для определения оптимального содержания краткосрочных вмешательств, факторов определяющих их успешность и определенных характеристик пациентов, которые имели хорошую эффективность и откликаемость при данном виде терапии [42].

В один из мета-анализов включали только РКИ на пациентах, получавших первичную специализированную медицинскую помощь по лечению алкоголизма в виде краткосрочных вмешательств до четырех сессий. Авторы независимо извлекали данные и оценивали качество исследований. В мета-анализе изучались случайные эффекты, анализ чувствительности и регрессионный мета-анализ. В мета-анализе из 21 рандомизированного клинического исследования (7286 участников) показано, что участники, получавшие краткосрочные вмешательства сократили употребление алкоголя по сравнению с субъектами из группы сравнения. Анализ подгруппы (8 исследований, 2307 участников) подтвердил преимущества краткосрочного вмешательства у мужчин, но не у женщин. Регрессионный мета-анализ показал незначительную тенденцию к сокращению потребления алкоголя для каждой дополнительной минуты воздействия лечения. Расширенное вмешательство, по сравнению с краткосрочным, было связано с незначительным снижением употребления алкоголя. Показано, что продолжительность консультирования, вероятно, имеет мало дополнительных эффектов [43].

Долгосрочные (10 лет) эффекты краткосрочного вмешательства были отрицательными в некоторых

исследованиях. Восемь исследований, которые сообщили об отсутствии эффектов, включали значительно меньшее количество ( $N = 1472$ ) лиц. Это увеличивает вероятность не обнаружения фактических отличий между сравниваемыми группами. В трех из этих исследований с отрицательными результатами, не было никакой реальной контрольной группы, а было фактически сравнение кратких консультирований врача с более интенсивными формами вмешательства. В четырех других исследованиях с отрицательным результатом, потребление алкоголя снизилось во всех группах, в то время как никаких существенных различий не было показано между различными видами вмешательства. Другими эффектами, которые наблюдались в четырех исследованиях, были значительное сокращение масштабов зависимости, улучшение физического состояния и значительное снижение артериального давления в группах, где осуществлялось вмешательство [48].

По данным одной статьи, которая включала анализ двадцати двух исследований, охвачено в общей сложности 5307 участников, проведен анализ сравнения однократных краткосрочных вмешательств и самопомощи, где не показано очевидных преимуществ какого-либо из методов, т.к. в некоторых исследованиях показана польза от них, а в других нет. Тем не менее, результаты показывают, что краткосрочные интервенции, более одной сессии, могут быть полезны для снижения потребления алкоголя, особенно для пациентов не выполняющих критерии зависимости [42].

Эффективность краткосрочных вмешательств по лечению алкоголизма была также представлена в виде мета-анализов, но, поскольку таких исследований немного, рандомизированные контролируемые исследования часто сообщают о нулевых результатах и иногда могут привести к скептицизму относительно преимуществ краткосрочных вмешательств в обычной практике. В статье N. Heather [18] впервые объясняется, что нулевые результаты, скорее всего, подходят под нулевую гипотезу статистической значимости из-за явления, известного как «пляска р-значений» [18].

Количество неправильных представлений о нулевых результатах описаны на примере, каким образом результаты первого рандомизированного исследования в Англии (проект SIPS) были неправильно поняты. Эти неверные толкования включают ошибочность «доказательства нулевой гипотезы», что отсутствие существенных различий между средними значениями в группах исследуемых субъектов могли быть приняты в качестве доказательств об отсутствии различий между значениями в аналогичных группах в популяции, и о возможных последствиях связанных с ними нарушений. Ошибочный вывод о снижении потребления алкоголя в контрольных группах по сравнению с исходным уровнем, которое наблюдалось и в по-

следующем, свидетельствует о реальных последствиях проводимых процедур для контрольной группы, а затем обсуждаются и другие возможные причины таких снижений потребления, в том числе регрессия средних, эффекты участия в исследовании, другие анамнестические данные и оценка реактивности. С точки зрения научно-технического прогресса, главная проблема о нулевых выводах в традиционных подходах в том, что это невозможно отличить «доказательства отсутствия» от «отсутствия доказательств». С другой стороны, при байесовском подходе, такие различия можно объяснить тем, что этот подход может рассматриваться для конкретных условий или среди отдельных групп населения, как действительно неэффективный или с неизвестной эффективностью, тем самым ускоряя прогресс в области исследований по краткосрочным вмешательствам [18].

Edwards и Rollnick [12] при анализе эффективности краткосрочных вмешательств указали на проблемы отсева, когда результаты воздействия получены только у тех, кто мог давать интервью при контрольном обследовании. Они утверждали, что это усложняет интерпретации и обобщение информации о краткосрочных интервенционных исследованиях. Краткосрочные интервенционные исследования, опубликованные на сегодняшний день показывают, что положительные результаты достигаются в исследованиях, которые были проведены в самых благополучных группах населения. Исследуемые популяции, как правило, состоят из мужчин среднего возраста злоупотребляющих, которые были выявлены в первичном звене здравоохранения и были согласны получать вмешательства. Еще одна проблема в том, что люди, которые выбыли из исследования в последующем значительно отличались от тех, кто остался в исследовании. Например, в исследовании Suokas [43], те, кто не был результативен, выпивал значительно больше, имел больше проблем с алкоголем и больше курил, чем остальные.

В Швейцарии описана эффективность краткосрочных вмешательств по снижению уровня потребления алкоголя в отношении лиц с повышенной заболеваемостью и смертностью, но без тяжелой зависимости от алкоголя. Продемонстрирован положительный эффект краткосрочных вмешательств в плане последовательного снижения уровня потребления алкоголя, прогулов на работе, количества дней госпитализации и смертности. Одна из национальных программ в Германии по борьбе с курением и алкоголизмом «Обращайтесь с осторожностью?» предлагает семинары для врачей первичного звена по практике краткосрочных вмешательств [42].

В проведенном рандомизированном контролируемом исследовании на 215 стационарных больных в возрасте 18–75 лет провели сравнительную оценку эффективности применения нескольких краткосрочных вмешательств (буклеты самопомощи, по-

вышение самооэффективности и обычный уход) для сокращения длительности и количества потребления алкоголя. По сравнению с группой, где применяли обычный уход, в группе, где применяли методы повышения самооэффективности и буклеты самопомощи, было более значительное снижение еженедельного употребления алкоголя. Не было получено никаких доказательств, что метод повышения самооэффективности превосходил результаты применения буклетов самопомощи. Краткосрочные вмешательства, применяемые в стационаре, являются простыми способами помощи для злоупотребляющих алкоголем по снижению потребления алкоголя [44].

Довольно интересные результаты получены при проведении поисковых исследований по оценке эффективности влияния психосоциальных вмешательств у лиц с проблемным употреблением алкоголя и запрещенных наркотиков (в основном опиатов и стимуляторов). Исследования включали 594 участников, которым проведено шесть различных психосоциальных вмешательств разделенных на четыре парных группы сравнения и результаты представлены, соответственно: 1) обучение когнитивно-поведенческим копинг-навыкам против программы «12 шагов» – без существенных различий; 2) краткосрочные вмешательства против обычного лечения – нет существенной разницы; 3) лечение групповыми методами в сравнении с мотивационным интервью – более высокие темпы сокращения употребления алкоголя в течение трех и девяти месяцев при групповой терапии; 4) краткосрочные мотивационное вмешательство против контроля – больше людей снижало употребление алкоголя (по семь и более дней в течение последних 30 дней в течение 6 месяцев) при краткосрочных мотивационных вмешательствах, по сравнению с контрольной группой. Авторы приходят к выводам, что нет никакой разницы в эффективности между различными типами вмешательств [34].

В ряде работ показана экономическая эффективность краткосрочных методов лечения зависимых форм поведения, проводимых в амбулаторных условиях. По длительности ремиссий стационарное лечение и лечение в амбулаторных условиях существенно не отличались, но отмечена значительная экономия средств за счет затрат и расходов на содержание пациентов в стационарных условиях [48].

При обсуждении краткосрочных вмешательств, следует отметить один существенный момент, что важным фактором, определяющим различия в эффективности интервенционных вмешательств у тяжело пьющих взрослых, было интенсивное, расширенное внимание и ежедневное наблюдение, которые предлагались дополнительно при краткосрочных вмешательствах. Все используемые оценки (самосообщения, интервью, персональный компьютер, ежедневный контроль), вероятно, оказывают эффект усиления понимания предрасположенности к злоупотреблению,

увеличения количества, частоты и обстоятельств употребления. В работе Hufford [21] предполагается, что реактивность к ежедневным оценкам процесса минимальна среди малопьющих субъектов, но может иметь более сильный эффект у тяжело пьющих, которые добровольно вызываются в исследование и у которых есть цель сокращения употребления. Интенсивная ежедневная оценка очень мотивированной, дисциплинированной, функциональной и тщательно отобранной группы, заинтересованной проявлением внимания к изменению типа употребления, возможно, будет эффективной индивидуальной стратегией для самоизменения. Также нужно отметить, что некоторые денежные стимулы зависели от приверженности к 3-недельной ежедневной контрольной процедуре. Эта связь материальных стимулов с самоконтролем, возможно, имеет дополнительный, непреднамеренный эффект, чтобы уменьшить потребление, что похоже на процедуру управления непредвиденными обстоятельствами, которые, как отмечают, были очень эффективны для лиц злоупотребляющих ПАВ [20]. Таким образом, комбинация относительно низкой тяжести зависимости плюс интенсивная, длительная и подкрепленная оценка употребления, вероятно, создала «эффект съёмочного павильона», в котором была небольшая комната для кратких вмешательств, чтобы уменьшить дальнейшее употребление.

Hufford и Shields [21] предположили, что ежедневное наблюдение может быть полезным методом для оценки и усиления фармакологических и психотерапевтических вмешательств. Интенсивный ежедневный контроль, объединенный с краткими советами, основанными на сети инструкций или поддержке сверстников, могут быть разумными ранними вмешательствами для мотивированных, не имеющих зависимости пьющих. Хотя более интенсивное лечение все еще рекомендуется для серьезных проблем, связанных с алкоголем и зависимостью от него, ежедневные технологии оценки могли бы быть полезным методом для того, чтобы укрепить воздействие за счет поддерживающего лечения. Относительно моделей лечения, представленных и сравниваемых в этом сообщении, ежедневная обработка результатов, могла бы увеличить эффекты терапии повышения мотивации [30] через процесс обратной связи.

Эффективность краткосрочных вмешательств особенно отмечена у тяжело пьющих. Тяжело пьющие – большая группа людей, у которых употребление имеет много потенциально существенных негативных последствий для них, их семей и общества. Вмешательства с очень низкой интенсивностью (например, 5–10 минутные советы врача) часто достаточны, чтобы привести к существенным и длительным изменениям в алкогольном аддиктивном поведении у данной категории лиц [4]. Несколько исследований поддерживают использование самона-

правленных процедур для изменения тяжелого употребления [16, 29, 41].

Об эффективности краткосрочных интервенций у женщин можно было лучше судить на основании результатов более крупных и лучших исследований. В исследовании Fleming [5], наибольшее снижение потребления алкоголя, почти на 50%, можно было бы отнести к женщинам из группы, где осуществлялось вмешательство. После 12 месяцев, 22% женщин пили больше, чем пороговые значения для опасного потребления алкоголя в экспериментальной группе, по сравнению с 49% из контрольной группы. Разница была статистически значимой. В исследовании Wallace [46] потребление алкоголя значительно уменьшилось и примерно на столько же, как и у мужчин. По данным исследовательской группы ВОЗ изучающих краткосрочные вмешательства (1996), у 299 женщины значительно снижается потребление алкоголя, как в группе, где произведены вмешательства, так и в контрольной группе, но различия между группами были не значимыми. Тот же результат был достигнут в исследовании Скотта Андерсона (1990), в которое вошли только женщины. На основе этого ограниченного материала, можно предположить, что краткосрочные интервенции имеют тот же эффект у женщин, как и у мужчин.

В восьми исследованиях приведены сравнения кратких консультаций врача с более интенсивными видами вмешательств. В семи из этих исследований, никакой разницы в эффектах между двумя типами вмешательства не было найдено. В одном исследовании было установлено, что результаты когнитивных вмешательств, при повторных последующих посещениях и лабораторных тестах, были значительно более эффективными, чем краткосрочное консультирование. Таким образом, оптимальное расширение краткосрочных вмешательств все еще кажется неясным.

Таким образом, обширная литература показывает, что краткосрочные вмешательства являются более эффективными методами в снижении пьянства, чем их отсутствие, а иногда даже более эффективны, чем, более расширенные консультации [2, 4, 11, 25, 47]. Широкий спектр краткосрочных вмешательств (мотивационный, копинг-навыки, образование, консультации, обратная связь) представляется эффективным для проблемно пьющих [8, 11, 17, 19, 24, 45]. Исследования на сегодняшний день ограничены в своих возможностях, чтобы сравнить фокус или содержание конкретных мероприятий или чтобы контролировать различия в интенсивности вмешательства (число и продолжительность сессий) и результатах (терапевт эффекты), а также степень оценки предшествующих различных вмешательств.

Хотя последствия краткосрочных вмешательств были показаны во многих РКИ, метод использовали лишь в ограниченной степени. Трудности включения краткосрочных вмешательств в подпрограммы пер-

вичной помощи и мотивирования сотрудников здравоохранения для выполнения новых видов деятельности очевидны.

Квалификация и компетентность врачей, проводивших исследования не могли рассматриваться в качестве фактора влияющего на результаты, так как процедуры имели жесткую стандартизованную структуру. Таким образом, анализ процесса терапии показал, что различия результатов не могли быть объяснены вовлечением различных специалистов, т.е. врачи не являлись сильными предикторами эффектов краткосрочных интервенционных вмешательств.

Проведенный анализ источников литературы по вопросам краткосрочных вмешательств позволяет установить, что в исследованиях при определении конечной цели данного вида вмешательств в основном анализируются их результаты у определенных субпопуляционных групп лиц, имеющих проблемы с алкогольной зависимостью без учета их психологического, когнитивного, личностного статуса. Данные компоненты, отражающие психический статус пациентов, могут существенно влиять как на выбор терапии, так и на результаты конкретных терапевтических вмешательств. Верификация психического статуса и клинических особенностей заболевания должна несомненно учитываться при выборе индивидуальных лечебных и профилактических мероприятий. Это позволит более объективно производить оценку применяемых терапевтических стратегий и в последующем при планировании вмешательств обеспечивать высокую их эффективность, рациональность медицинских ресурсов и адекватную экономическую рентабельность.

### Выводы

1. При анализе доступной литературы установлено, что краткосрочные вмешательства при лечении алкогольной зависимости широко используются и являются достаточно эффективной формой медицинских вмешательств.
2. Краткосрочные вмешательства часто являются столь же эффективными, как и более расширенные формы лечебных вмешательств при лечении алкогольной зависимости.
3. Краткосрочные вмешательства эффективны в ослаблении тяжелого употребления, снижении потребления алкоголя у злоупотребляющих алкоголем, в повышении мотивации для изменений и развитии копинг-навыков.
4. Существует очень мало доказательств, подтверждающих превосходство одной краткосрочной интервенции над другой для лиц с алкогольными проблемами.
5. Долгосрочные (10 лет) эффекты краткосрочного вмешательства не всегда устойчивы, однако при оценке экономических эффектов для здравоохране-

ния и рентабельности являются более продуктивными по сравнению с долгосрочной терапией.

6. Существует множество методологических издержек при проведении исследований по оценке эффективности краткосрочных вмешательств, затрудняющих объективизацию данных.

7. В подавляющем большинстве случаев при анализе результативности краткосрочных вмешательств при лечении алкогольной зависимости не учитывались факторы, которые могли повлиять на выбор данного вида терапии, а соответственно эффективность процедур, что определяет необходимость проведения дальнейших исследований в данной области.

### Литература

1. *Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence* / L. M. Gentiello [et al.] // *Ann. Surg.* – 1999. – Vol. 230. – P. 473–484.
2. *Babor, T. F. Avoiding the horrid and beastly sin of drunkenness: Does dissuasion make a difference.* // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1994. – Vol. 62. – P. 1127–1140.
3. *Baer, J. S. An experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults.* / J. S. Baer, G. A. Marlatt, D. R. Kivlahan, K. Fromme, M. E. Larimer and E. Williams. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1992. – Vol. 64. – P. 974–979.
4. *Bien, T. N. Brief interventions for alcohol problems: A review.* / T. H. Bien, W. R. Miller and J. S. Tonigan. // *J. Addiction.* – 1993. – Vol. 88. – P. 315–336.
5. *Brief physician advice for problem drinkers. A randomised controlled trial in community-based primary care practices* / M. F. Fleming [et al.] // *JAMA.* – 1997. – Vol. 277. – P. 1039–1045.
6. *Brief physician and nurse practitioner delivered counselling for high-risk drinkers* / J. K. O'chene [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 1999. – Vol. 159. – P. 2198–2205.
7. *Brown, R. Conventional education and controlled-drinking education courses with convicted drunken drivers* / R. Brown // *Behav. Ther.* – 1980. – Vol. 10. – P. 632–642.
8. *Burke, B. L. The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials.* / B. L. Burke, H. Arkowitz and M. Menchola. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 2003. – Vol. 71. – P. 843–861.
9. *Carroll, K. M. Cognitive, behavioral and motivational therapies.* / K. M. Carroll, S. A. Ball and S. Martino. // American Psychiatric Association Press, Inc., Washington, DC. – 2004. – P. 365–376.
10. *Chapman, P. L. H. Evaluation of three treatment programmes for alcoholism: an experimental study with 6- and 18-month follow-ups* / P. L. H. Chapman, I. Huygens // *Br. J. Addict.* – 1988. – Vol. 83. – P. 67–81.
11. *Dunn, C. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review.* / C. Dunn, L. Deroo and F. P. Rivara. // *J. Addiction.* – 2001. – Vol. 96. – P. 1725–1742.
12. *Edwards, G. K. Outcome studies of brief alcohol intervention in general practice: the problem of lost subjects* / G. K. Edwards, S. Rollnick // *Addiction.* – 1997. – Vol. 92. – P. 1699–1704.
13. *Elvy, G. A. Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital* / G. A. Elvy, J. E. Wells, K. A. Baird // *Br. J. Addict.* – 1988. – Vol. 83. – P. 83–89.
14. *Enoch, M.-A. Molecular and cellular genetics of alcohol addiction* / M.-A. Enoch, D. Goldman // *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* / ed. K. Davis. – Bethesda, Maryland, 2002. – P. 1413–1423.
15. *Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme)* / N. Heather [et al.] // *J. R. Coll. Gen. Pract.* – 1987. – Vol. 37. – P. 358–363.
16. *Harris, K. B. Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy.* / K. B. Harris and W. R. Miller. // *Psychology of Addictive Behaviors.* – 1990. – Vol. 4. – P. 82–90.
17. *Heather, N. Effects of brief counseling among male heavy drinkers identified on general hospital wards.* / N. Heather, S. Rollnick, A. Bell and R. Richmond. // *Drug and Alcohol Review.* – 1996. – Vol. 15. – P. 29–38.
18. *Heather, N. Interpreting null findings from trials of alcohol brief interventions.* // *Front Psychiatry.* – 2014. – Vol. 5. – P. 85.
19. *Hettema, J. Motivational interviewing.* / J. Hettema, J. Steele and W. R. Miller. // *Annual Reviews of Clinical Psychology.* – 2005. – Vol. 1. – P. 91–111.
20. *Higgins, S. T. Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions.* / S. T. Higgins and K. Silverman. // American Psychological Association, Washington, DC. – 1999.
21. *Hufford, M. R. Electronic diaries: Applications and what works in the field.* / M. R. Hufford and A. L. Shields. // *Applied Clinical Trials.* – 2002. – P. 46–59.
22. *Kadden, R. Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence.* / R. Kadden, K. Carroll, D. Donovan, N. Cooney, P. Monti and D. Abram. // NIAAA Project MATCH Monograph Series, Rockville, MD. – 2002. 23) Marlatt, G. A. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* / G. A. Marlatt and J. R. Gordon. // Guilford Press, NY. – 1985. 24) Marlatt, G. A. *Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy.* / G. A. Marlatt, M. E. Larimer, J. S. Baer and L. A. Quigley. // *Behavior Therapy.* – 1993. – Vol. 24. – P. 461–504.
25. *Miller, W. R. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism.* // *Psychological Bulletin.* – 1985. – Vol. 98. – P. 84–107.
26. *Miller, W. R. Motivational interviewing: Preparing people for change.* / W. R. Miller and S. Rollnick. // Guilford Press, New York. – 2002.
27. *Miller, W. R. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers.* / W. R. Miller and C. A. Taylor. // *J. Addictive Behaviors.* – 1980. – Vol. 5. – P. 13–24.
28. *Miller, W. R. Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact.* / W. R. Miller, C. J. Gribskov and R. L. Mortell. // *International Journal of the Addictions.* – 1981. – Vol. 16. – P. 1247–1254.
29. *Miller, W. R. Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers.* / W. R. Miller, C. A. Taylor and J. C. West. // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* – 1980. – Vol. 48. – P. 590–601.
30. *Miller, W. R. Motivation enhancement therapy manual.* / W. R. Miller, A. Zweben, C. C. DiClemente and R. G. Rychtarik. // NIAAA Project MATCH Monograph Series, Rockville, MD – 1992.

31. *Prevention and treatment of hypertension study (PATHS): effects of an alcohol treatment program on blood pressure / W. C. Cushman [et al.] // Arch. Intern. Med. – 1998. – Vol. 158. – P. 1197–1207.*

32. *Prevention of alcohol-related deaths in middle-aged heavy drinkers / H. Kristenson [et al.] // Alcohol Clin. Exp. Res. – 2002. – Vol. 26. – P. 478–484.*

33. *Project MATCH Research Group, Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. // Journal of Studies on Alcohol. – 1997. – Vol. 58. – P. 7–29.*

34. *Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users/ J. Klimas [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2012. – Vol. 14(11).*

35. *Robertson I. A comparison of minimal versus intensive controlled drinking treatment interventions for problem drinkers. / I. Robertson, N. Heather, A. Dziedzicki, J. Crawford and M. Winton. // British Journal of Clinical Psychology. – 1986. – Vol. 25. – P. 185–194.*

36. *Sanchez-Craig M. Dealing with drinking: Steps to abstinence and moderate drinking. // Addiction Research Foundation, Toronto. – 1987.*

37. *Sanchez-Craig M. Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. / M. Sanchez-Craig, H. M. Annis, A. R. Bornet and K. R. MacDonald. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1984. – Vol. 52. – P. 390–403.*

38. *Senft, R. A. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers / R. A. Senft, M. R. Polen // Am. J. Prev. Med. – 1997. – Vol. 13. – P. 464–470.*

39. *Sobell, L. C. Time line follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. / L. C. Sobell and M. B. Sobell J. Allen and R. Z. Litten. // The Humana Press, Inc., Totowa, NJ. – 1992. – P. 41–72.*

40. *Sobell, L. C. What triggers the resolution of alcohol problems without treatment. / L. C. Sobell, M. B. Sobell, T. Toneatto and G. I. Leo. // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 1993. – Vol. 17. – P. 217–224.*

41. *Sobell, M. B. Problem drinkers: Guided self-change treatment. / M. B. Sobell and L. C. Sobell. // Guilford, New York. – 1993.*

42. *Stoll, B. Brief intervention: specific counseling of patients with problem alcohol consumption. / B. Stoll, J. B. Daepfen, H. D. Wick. // Praxis. – 1999. – Vol. 88. – P. 1699–1704.*

43. *Suokas, A. Brief Intervention of Heavy Drinking in Primary Health Care: Hameenlinna Study, Dissertation, University of Helsinki, Finland / A. Suokas [et al.] // J. Stud. Alcohol. – 2000. – Vol. 61, № 1. – P. 55–63.*

44. *The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting / A. S. Holloway [et al.] // Addiction. – 2007. – Vol. 102(11). – P. 1762–70.*

45. *The WHO Brief Intervention Study Group, A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. // American Journal of Public Health. – 1996. – Vol. 86. – P. 948–955.*

46. *Wallace, P. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption / P. Wallace, S. Cutler, A. Haines // BMJ. – 1988. – Vol. 297. – P. 663–668.*

47. *Wilk, A. I. Meta-analysis of randomized controlled trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. / A. I. Wilk, N. M. Jensen and T. C. Havighurst. // Journal of General Internal Medicine. – 1997. – Vol. 12. – P. 274–283.*

48. *Wutzke, S. E. The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up / S. E. Wutzke [et al.] // Addiction. – 2002. – Vol. 97. – P. 665–675.*