

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Д.А. СТАТКЕВИЧ

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ
ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2016

УДК 616.89-008.441.33-08(075.9)

ББК 56.14 я 73

С 78

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 3 от 22.04. 2016

Автор:

старший преподаватель каф. психиатрии и наркологии БелМАПО *Д.А. Статкевич*

Рецензенты:

кафедра психиатрии и медицинской психологии УО БГМУ

зам. главного врача по медицинской части (по психиатрии) УЗ «Минский
областной клинический центр «Психиатрия – наркология», кандидат мед. наук,
доцент А.А. Александров

Статкевич Д.А.

С 78

Повышение эффективности программ детоксикации при
опиоидной зависимости: учеб.- метод. пособие /Д.А. Статкевич.
Минск.: БелМАПО, 2016. – 44 с.

ISBN 978-985-584-024-5

Учебно-методическое пособие посвящено теме повышения эффективности программ детоксикации при опиоидной зависимостью. Обсуждаются критерии оценки эффективности данных программ и факторы, оказывающие на их влияние.

Данное пособие предназначено врачам всех специальностей, встречающимся в своей практике с зависимыми от опиоидов.

УДК 616.89-008.441.33-08(075.9)

ББК 56.14 я 73

ISBN 978-985-584-024-5

© Статкевич Д.А., 2016

© Оформление БелМАПО, 2016

Введение

Зависимость от наркотических веществ выделяется тяжестью медицинских, психологических, социальных, юридических и экономических последствий. В списке из 43 факторов риска – основных причин смерти в мире – потребление наркотиков стоит на 19-м месте. Потребление наркотиков находится на шестом месте в списке самых распространенных причин смерти лиц в возрасте 15–49 лет. Опиоидная зависимость является одной из ведущих причин обращения наркозависимых пациентов за помощью.

На настоящий момент в Республике Беларусь доступны несколько видов помощи пациентам, зависимым от опиоидов: стационарная и амбулаторная детоксикация для купирования проявлений состояния отмены опиоидов; поддерживающая заместительная терапия метадонем, программы социально-психологической реабилитации, индивидуальная и групповая психотерапия и группы взаимопомощи. Детоксикация как процесс устранения или снижения тяжести синдрома отмены при помощи фармакологических средств, остается одним из наиболее часто применяемых методов оказания помощи пациентам с опиоидной зависимостью. Востребованность программ детоксикации обусловлена несколькими причинами. Во-первых, детоксикация является обязательной составляющей любых лечебных программ, ориентированных на достижение трезвости, а для большого количества врачей и пациентов при выборе между заместительной терапией и полным отказом от наркотиков предпочтительной целью является последняя. Во-вторых, несмотря на малую эффективность изолированного применения детоксикации для достижения длительного отказа от употребления наркотиков, данный метод все же сокращает уровень их потребления. В-третьих, детоксикация удовлетворяет такие ожидания пациентов, как избавление от физических симптомов отмены, краткосрочное разрешение личностных и социальных кризисов, связанных с наркопотреблением.

Широкое распространение услуг детоксикации повышает значимость их эффективности. Ведь важным принципом оказания помощи "закрытым"

группам пациентов, какими и являются наркозависимые - предложение помощи там, где эти пациенты находятся. Если услуги детоксикации востребованы у потребителей опиоидов, значит это то место, где обратившийся должен иметь возможность получить максимальный спектр услуг.

Эффективность - уровень соответствия полученных результатов поставленным целям и задачам. Современный взгляд на программы детоксикации при опиоидной зависимости предусматривает не только купирование клинических проявлений синдрома отмены, а решение значительно более широкого спектра задач:

- 1) избавление от острой физиологической зависимости, сопутствующей ежедневному употреблению опиоидов;
- 2) снижение или устранение боли и дискомфорта, являющихся проявлениями синдрома отмены;
- 3) помощь в преодолении первого барьера на пути к прекращению употребления через предоставление безопасного и гуманного лечения;
- 4) формирование мотивации к долгосрочному лечению;
- 5) лечение выявленных медицинских проблем или соответствующее перенаправление для их лечения;
- 6) образование по вопросам, связанным со здоровьем, профилактикой срывов, а также рассмотрение таких сфер жизни как семья, профессия, проблемы правового характера.

Реализация вышеуказанных задач возможна лишь при взгляде на лечебные программы, предоставляющие услуги детоксикации, как на комплексные терапевтические программы. С учетом всего разнообразия выявляемых у наркозависимых проблем, в рамках программ детоксикации необходимо вовлечение в процесс оказания помощи специалистов разных врачебных (психиатры-наркологи, психотерапевты, терапевты и инфекционисты, хирурги и т.д.) и не врачебных специальностей (психологи, социальные работники, юристы). Для оценки эффективности программ детоксикации может применяться ряд индикаторов. К основным из них относятся:

- ✓ доля пациентов закончивших курс детоксикации полностью;
- ✓ количество случаев и причины незавершённого пребывания на лечении;
- ✓ отклонения от обычной продолжительности пребывания в программе;
- ✓ случаи побочных реакций на используемые при лечении лекарственные средства;
- ✓ процент участия пациентов в различных элементах программы;
- ✓ количество различных инцидентов, включая случаи вербальной и/или физической агрессии и употребления каких-либо запрещенных психоактивных веществ;
- ✓ высказывания самих пациентов об удовлетворённости курсом лечения;
- ✓ доля пациентов, которым были разработаны планы выписки и продолжения лечения;
- ✓ доля пациентов, которые выполнили свои планы выписки и продолжения лечения;
- ✓ причины неудачного выполнения планов;
- ✓ доля пациентов, которые ранее проходили курс детоксикации с информацией об их наиболее значимых переменах.

Для повышения эффективности программ детоксикации необходимо проводить их оценку с использованием указанных индикаторов и предпринимать целенаправленные действия по их улучшению. Одними из основополагающих индикаторов для оценки эффективности программ детоксикации являются те из них, которые отражают уровень завершенности данных программ, участвующими в них пациентами.

Удерживаемость в программах детоксикации как неперенное условие их эффективности

Удерживаемость пациентов на стационарном лечении и повышение доли пациентов завершивших курс лечения являются общими проблемами для всех медицинских специальностей. По имеющимся данным, 1% - 2% всех госпитализаций заканчиваются досрочными выписками, а среди пациентов психиатрических клиник эти цифры колеблются от 3% до 51%. В литературе данная категория определяется как пациенты, практикующие выписку АМА – как аббревиатура английских слов *against medical advice* (против медицинских рекомендаций). Исследования показывают, что у пациентов с опиоидной зависимостью, находившихся на лечении дольше и завершивших стандартный курс, результаты были лучше при оценке эффектов терапии. Достаточная продолжительность лечения при опиоидной зависимости ассоциирована с уменьшением употребления наркотиков и криминальной активности, улучшением психического статуса и социальной адаптации. Показатель, отражающий долю пациентов завершающих лечебные программы, принято рассматривать как важный критерий их эффективности. Проблема досрочной выписки из программ детоксикации представляет одну из самых актуальных и больших сложностей. Детоксикация, как и любая лечебная программа эффективна, если пациент остается в ней достаточное количество времени. По данным разных авторов в программах детоксикации при опиоидной зависимости, досрочные выписки составляют до 50% от всех поступающих пациентов.

Имеются данные о ряде факторов, о которых можно говорить как о предикторах наступления досрочной выписки пациентов с опиоидной зависимостью из программ детоксикации. Рассмотрим некоторые из тех факторов, на которые можно влиять в ходе оказания помощи пациентам с опиоидной зависимостью

Особенности клинической картины состояния отмены опиоидов

Одними из факторов, определяющих удержание пациентов в программах детоксикации при опиоидной зависимости, являются особенности клинической картины состояния отмены, выбор метода его купирования и используемых при этом лекарственных средств.

Клиническая картина

Сформированный синдром отмены опиоидов является одним из диагностических критериев зависимости согласно МКБ-10 и характеризуется группой симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих в ответ на полное прекращение приема опиоида или снижения его доз после длительного употребления. В основе развития синдрома отмены опиоидов лежат изменения нейромедиаторного обмена в стволовых и лимбических структурах головного мозга в связи с прекращением или снижением поступления опиоидов в организм. Происходит ослабление опиоидергической нейротрансмиссии, что влечет изменения в других нейромедиаторных системах. Для характеристики изменений в катехоламинергической системе предложен термин «норадренергическая буря», который отражает быстрое возрастание активности всех ее звеньев. Накоплены данные о значимости при развитии синдрома отмены ГАМК и глутаматергических (наиболее изучен подтип глутаматных рецепторов, названный по имени одного из селективных агонистов N-метил-D-аспартата NMDA-рецепторы) систем. Доказано значение центральных холинергических механизмов в формировании симптоматики отмены опиоидов: организм находится в состоянии холинергии. В патогенез развития данного расстройства также вовлечены эндогенные каннабиноидные нейромедиаторные системы, которые относительно недавно стали изучаться в фундаментальных исследованиях.

Норадренергические и серотонинергические структуры в большей степени обуславливают вегето – соматические симптомы, а дофаминергические – психопатологические. До настоящего времени отсутствует теория, которая

полностью объясняет клинику отмены опиоидов, что и обуславливает разнообразие предлагаемых методов лечения.

Все симптомы синдрома отмены опиоидов можно разделить на 4 группы:

- 1) соматовегетативные: разлитой дермографизм, нарушения аппетита, заложенность носа и чихание, слезотечение, боли в животе, тошнота, рвота, диарея, образование "гусиной кожи", озноб, тахикардия, артериальная гипертензия, зевота, потливость, мидриаз, лихорадка, головная боль, тахипноэ;
- 2) алгические (болевые): боли в суставах и мышцах;
- 3) психопатологические: беспокойство, тревога, страх абстиненции, сильное желание принять наркотик («тяга»), бессонница, неусидчивость, подавленное настроение, раздражительность вплоть до дисфории;
- 4) нарушения сна.

Симптомы отмены начинают развиваться в то время, когда должен бы произойти очередной прием наркотика согласно привычной периодичности. В клинике опиоидного абстинентного синдрома различают 4 фазы. В первой фазе больные становятся напряженными, испытывают тревогу, раздражительность, общее недомогание и физическая слабость, нарастает влечение к наркотику. Отмечаются расширение зрачков, зевота, слезотечение, ощущение закладывания носа, насморк с чиханьем, зуд в носу и носоглотке, повышается перистальтика кишечника.

Для второй фазы опиоидного абстинентного синдрома характерно чувство озноба, сменяющееся чувством жара; приступы потливости и слабости, «гусиная кожа», ощущения некоторого неудобства в мышцах всего тела, тахикардия, тремор, снижение аппетита вплоть до полного его отсутствия, отвращение к табачному дыму. Сон становится поверхностным, прерывистым, с частыми пробуждениями и сновидениями, связанными по содержанию с наркопотреблением. Симптомы второй фазы накладываются на уже имевшиеся и усиливающиеся симптомы первой фазы. В третьей фазе опиоидного абстинентного синдрома все симптомы усиливаются, и развивается симптоматика, которая дала жаргонное название абстиненции — "ломка".

Возникают боли в мышцах рук, ног, спины, поясницы, в животе. Больные говорят, что их "крутит", "сводит", "выкручивает" и т.д. В этот период усиливаются тревога, беспокойство, появляются выраженная дисфория, чувство безнадежности и непреодолимое (компульсивное) влечение к наркотику (мысли сосредоточены только на наркотике, "только бы уколоться"). При этом больные не могут найти себе место, становятся двигательно-беспокойными.

В четвертой фазе абстинентного синдрома в отличие от третьей добавляется новый симптом - диспепсические расстройства: боли в животе, частый жидкий стул (до 10—15 раз в сутки). На высоте этих расстройств отмечаются субфебрильная температура, умеренная гипертензия, тахикардия. На протяжении всего острого периода абстиненции выражены нарушения сна, вплоть до полной агрипнии. Настроение дисфорично - угрюмое с раздражительностью, гневливостью, тревогой.

В период абстиненции у больных, вводящих наркотики внутривенно, может нередко возникать сильный зуд в области вен, что сопровождается просьбами сделать им любые внутривенные вливания.

После исчезновения острых признаков абстинентного синдрома наблюдаются остаточные явления в виде непреодолимого влечения к наркотику, пониженного настроения, дисфории, психического дискомфорта, астении, нарушений сна (отставленный период абстинентного синдрома). В этот период легко актуализируется влечение к наркотику, что влияет на поведение больных. Они становятся вновь дисфоричными, злобными, требуют под любым предлогом выписки, дезорганизуют работу в отделении (если находятся в стационаре). По незначительному поводу у них снижается настроение, возникают суицидальные тенденции, что требует проведения своевременных адекватных терапевтических мероприятий. Период отставленных проявлений абстинентного синдрома может продолжаться от 2 до 5 нед. после исчезновения острой симптоматики. В это время часты спонтанные рецидивы заболевания.

При употреблении препаратов опиной группы кустарного производства общая продолжительность абстинентного синдрома меньше (около 10 дней). Все его проявления развиваются быстрее, достигая максимума своей интенсивности уже к концу 2-х суток от момента последней инъекции наркотика. Более выражены диспепсические явления и болевой синдром, которые возникают одновременно с ознобом, насморком и потливостью. Частое чиханье и зевота для этих случаев нехарактерны, а такой симптом, как боли в мышцах, очень интенсивен и сочетается с болями в крупных суставах, выкручивающего характера.

Обращает на себя внимание большая выраженность в структуре абстиненции психопатологических расстройств. Через 7—8 ч после последней инъекции наркотика вместе с чувством дискомфорта, внутренней напряженности появляется выраженная тревога, которая продолжает нарастать в течение первых суток. Стойкие расстройства сна иногда достигают полной бессонницы, изнуряя больных и усугубляя психопатологические проявления.

В соматоневрологическом статусе в период абстиненции также имеется ряд особенностей: выражена тахикардия при нормальном или пониженном АД, больные часто жалуются на боли в пояснице, в анализах мочи часто отмечаются умеренная протеинурия и лейкоцитоз.

Отмечаются также горизонтальный нистагм, нарушения конвергенции и длительное снижение реакции зрачков на свет. Брюшные рефлексы лабильны, характерен мелкий тремор пальцев вытянутых рук.

Имеются некоторые особенности и в порядке исчезновения симптомов абстиненции: быстрее исчезают желудочно-кишечные расстройства и вегетативные нарушения в виде приливов жара. В то же время симптом "гусиная кожа" остается более длительное время. Боли в мышцах и суставах уменьшаются к 5—6-му дню. Примерно с этого же времени отмечается четкий волнообразный ритм их интенсивности: усиление в вечерние часы и ослабление в дневные. При отсутствии лечения эти явления полностью редуцируют на 10—12-е сутки.

Как один из способов повышения эффективности лечения состояния отмены опиоидов предлагается использование формализованных шкал для оценки выраженности отдельных симптомов и общей тяжести синдрома отмены. Использование подобных инструментов позволяет объективизировать и унифицировать оценку абстинентного синдрома, а так же проследить динамику его развития и эффективность мер, направленных на его коррекцию. Широко используемым и рекомендованным диагностическим инструментом для оценки состояний отмены опиоидов является «Клиническая шкала тяжести синдрома отмены опиатов» (COWS) (см. приложение 1). Инструмент представляет собой оценочный лист для отражения выраженности клинических составляющих синдрома отмены опиоидов по 11 позициям: частота пульса; потливость; беспокойство; размер зрачков; боль в костях или суставах; насморк или слезотечение; расстройство желудочно-кишечного тракта; тремор; зевота; тревога или раздражительность; "гусиная кожа". Каждая позиция подразумевает свою систему бальной оценки от 0 до 4 или 5, где 0 - отсутствие признака или наличие его в объеме характерном для состояния вне абстинентных проявлений, а 4 или 5 - его интенсивная (яркая) выраженность. По всем 11 признакам имеется клиническое описание его выраженности соответствующее определенному баллу. Общий балл по шкале COWS представляет собой сумму баллов по всем 11 признакам, которая может варьировать в диапазоне от 0 до 47. Исходя из набранной суммы баллов, предлагается выделение четырех степеней тяжести состояния отмены опиоидов: 5-12 баллов - легкая степень; 13-24 балла - умеренная степень; 25-36 баллов - умеренно тяжелая степень; более 36 баллов - тяжелая степень выраженности. Имеются данные, что чем более тяжело на фоне терапии протекает абстинентный синдром, тем более вероятна досрочная выписка пациента. По данным, полученным в результате исследования на базе ГУ "РНПЦ психического здоровья", большое прогностическое значение по отношению к наступлению досрочной выписки имел ряд отдельных симптомов опиоидной абстиненции. В данном исследовании применялся описанная выше

шкала COWS. На разных этапах развития состояния отмены опиоидов, характер симптомов, связанных с наступлением досрочной выписки, менялся. Из всего опросника COWS определенный вклад в досрочное прекращение лечения вносят степень выраженности беспокойства, боли в костях, зевоты, тремора и частота сердечных сокращений (ЧСС). При этом факторами риска выбывания из детоксикации являются:

- беспокойство 3 степени на 3 и 5 сутки лечения;
- боль в костях, особенно 2 и более степени при поступлении в стационар и на протяжении всего времени лечения;
- повышенная частота сердечных сокращений (начиная с 1 степени) при динамическом обследовании на 3 и 5 сутки;
- сильно выраженный тремор (4 степени) на 5 сутки;
- факт наличия зевоты на 3 сутки детоксикации.

Методы лечения состояния отмены опиоидов

Имеется достаточно научных доказательств, что уровень завершения программ детоксикации зависит от используемых при этом методов и лекарственных средств.

В начале 20 века синдром отмены опиатов лечили чаще всего морфином или настойкой опия. До 30-х годов в лечении абстинентного синдрома доминировало назначение алкалоидов белладонны внутрь. В 1901 г. Лотт описал терапию скополамином, Ламберт – комбинированную терапию препаратами белладонны и слабительными средствами. Считалось, что при таком лечении у пациента должны быть легкие симптомы антихолинергического синдрома. Такое лечение часто приводило к развитию у больных психотических расстройств из-за высоких дозировок холиноблокирующих препаратов. Другими способами, распространенными в то время было лечение медикаментозным сном с использованием барбитуратов и бромидов. В 1928 г. Манфред Закель применил впервые лечение гипогликемическими дозами инсулина у пациентов с зависимостью от морфина и

описал, что при этом достигается некоторое облегчение симптоматики абстинентного синдрома.

Колб и Химмельсбах разработали в 30-х гг. стратегии лечения, которые не потеряли своего значения и сейчас. У физически здоровых субъектов они рекомендовали немедленную отмену наркотика, в других случаях постепенную отмену, т.е. назначение морфина или кодеина в снижающихся дозировках. Стратегия постепенной отмены послужила затем основой к использованию в лечении абстинентного синдрома метадона. Метадон впервые применил для этой цели в 1948 году в США Исбелл, и он остается до настоящего времени одним из самых распространенных препаратов в Западной Европе и США для лечения синдрома отмены опиатов.

В 1946 году для лечения абстинентного синдрома впервые применили электросудорожную терапию. В 1955 году в психиатрическую практику вошел хлорпромазин, и он был применен также и для лечения синдрома отмены опиатов. Его назначали в дозе 600 мг/сут внутримышечно в течение трех дней. Пациент находился при этом в сомнолентном состоянии. Барбитуровый наркоз был впервые использован для лечения синдрома отмены в 1941 году (Ньюмен, *artificial hibernation therapy*) и явился прототипом, получившей в некоторых клиниках быстрой детоксикации под наркозом. В конце 70-х годов начали использоваться 2 новых препарата – клонидин и бупренорфин. Наиболее широкое использование получил клонидин в различных лекарственных формах – инъекции, таблетки, наклеиваемые пластыри. Его широкому распространению способствовала дешевизна, отсутствие аддиктивного потенциала, относительная безопасность этого метода. В настоящее время клонидин является вторым по популярности после метадона и бупренорфина препаратом для лечения синдрома отмены опиатов. В Великобритании применяют сходный по механизму действия с клонидином препарат – лофексидин. Его преимущество заключается в низкой частоте побочных явлений. В Германии наиболее популярными препаратами для лечения синдрома отмены долгое время были седативные нейролептики – хлорпромазин и левомепромазин, и,

особенно, трициклический антидепрессант доксепин, в настоящее время чаще всего используется метадон или бупренорфин.

На современном этапе можно выделить несколько основных методов, используемых для купирования проявлений состояния отмены опиоидов: применение альфа-2-адреномиметиков и бензодиазепинов, назначение сильнодействующих опиоидов – бупренорфина или метадона, с последующей постепенной их отменой, методы быстрой и ультрабыстрой детоксикации.

Метод комбинированной фармакотерапии

Данный метод заключается в одновременном назначении нескольких препаратов из разных фармакологических групп: альфа – 2 – адреномиметики, транквилизаторы, слабые опиоиды, нейролептики и антидепрессанты.

Клонидин посредством стимуляции пресинаптических альфа-2-адренорецепторов увеличивает обратный захват норадреналина из синаптической щели. Таким образом, данный препарат снижает симпатическую гиперстимуляцию, присущую опиоидному синдрому отмены и купирует вегетативный компонент. Он обладает также некоторым анальгетическим действием. Используется следующая схема назначения клонидина: начальная доза - 0,1-0,3 мг внутрь каждые 6-8 ч (в зависимости от тяжести симптоматики), после нормализации симпатической активности, примерно с 3-4 дня воздержания от опиоидов, суточную дозу клонидина убавляют - на 0,1-0,2 мг/сут. Недостатками препарата являются слабое воздействие на болевую и психопатологическую симптоматику. При использовании высоких дозировок возможно развитие выраженной гипотензии, атриовентрикулярной блокады, брадикардии, запоров. В редких случаях может развиваться лекарственный делирий. Гипотензивный эффект клонидина требует мониторинга артериального давления и частоты сердечных сокращений перед приемом каждой дозы препарата. Если на момент приема очередной дозы артериальное давление в положении сидя ниже 90/60 мм рт. ст., или ЧСС меньше 60 уд/мин, то прием следует отложить до подъема артериального давления и увеличения ЧСС.

Бензодиазепиновые транквилизаторы используют в терапии синдрома отмены опиатов, отдавая предпочтение препаратам с длительным периодом действия. Наиболее часто применяемым препаратом является диазепам. Данный препарат эффективно устраняют дисфорию, уменьшает чувство тревоги и страха, а также психоэмоциональное напряжение. Внутривенное введение препаратов данной группы не рекомендуется из-за эйфорического эффекта и короткого периода действия. Рекомендуется применение всех транквилизаторов перорально или внутримышечно. Следует учитывать, что при назначении высоких доз диазепама может возникнуть угнетение дыхательного центра с внезапной остановкой дыхания. Специфическим антидотом при этом является антагонист бензодиазепиновых рецепторов флумазенил. Применение транквилизаторов должно быть максимально коротким и их отмена должна производиться постепенно. В таблице 1 приводится вариант данного метода при 4-кратном приеме лекарственных средств, предложенный Saunders J.B., Yang J. в клиническом протоколе по детоксикации при опиоидной зависимости.

Таблица 1. Детоксикация героинзависимых больных при помощи клонидина и диазепама

День 1		Клонидин 75 мкг Диазепам 10 мг	Клонидин 150 мкг Диазепам 10 мг	Клонидин 150 мкг Диазепам 10 мг
День 2	Клонидин 150-300 мкг Диазепам 10 мг	Клонидин 150 - 300 мкг Диазепам 10 мг	Клонидин 150 - 300 мкг Диазепам 10 мг	Клонидин 150 – 300 мкг Диазепам 10 мг
День 3	Клонидин 150-300 мкг Диазепам 10 мг	Клонидин 150 - 300 мкг Диазепам 10 мг	Клонидин 150 - 300 мкг Диазепам 10 мг	Клонидин 150 – 300 мкг Диазепам 10 мг
День 4	Клонидин 150 мкг Диазепам 5 мг	Клонидин 150 мкг Диазепам 5 мг	Клонидин 150 мкг Диазепам 5 мг	Клонидин 150 мкг Диазепам 10 мг
День 5	Клонидин 150 мкг Диазепам 5 мг	Клонидин 150 мкг Диазепам 5 мг	Клонидин 150 мкг Диазепам 5 мг	Клонидин 150 мкг Диазепам 5 мг
День 6	Клонидин 75 мкг Диазепам 5 мг	Клонидин 75 мкг	Клонидин 75 мкг	Клонидин 75 мкг Диазепам 5 мг
День 7		Клонидин 75 мкг		Клонидин 75 мкг Диазепам 5 мг

В дополнение к клонидину и бензодиазепиновым транквилизаторам, практикуется назначение различных лекарственных средств.

Трамадол является агонистом μ -, δ - и κ -опиоидных рецепторов и высоко эффективен в отношении купирования проявлений отмены опиоидов. Препарат рекомендуется назначать перорально непродолжительным курсом в дозе не выше 400 мг в день, так как в более высоких дозировках он обладает эпилептогенным эффектом. Чрезмерные дозы трамадола могут вызывать типичные симптомы отравления опиоидами - миоз, рвоту, коллаптоидное состояние с прогрессирующим угнетением дыхания, нарушением сознания. Трамадол должен быть постепенно отменен к 10 – 12 дню детоксикации из-за имеющегося у него аддиктивного потенциала.

Нейролептики и антидепрессанты используются для коррекции дисфории, достижения седативного эффекта, купирования вегетативной симптоматики. Наиболее часто используемыми препаратами являются хлорпротиксен и амитриптилин. Характерными побочными эффектами этих препаратов являются тремор, нарушения сердечного ритма, задержка мочеиспускания. В острой стадии развития синдрома отмены применение амитриптилина может вызвать делириозные психозы.

Для купирования диареи можно использовать лоперамид, для лечения рвоты – метоклопрамид или домперидон, при выраженных мышечных болях – баклофен или мидокалм.

Детоксикация при помощи метадона

Этот метод является детально изученным и высокоэффективным, и суть его заключается в назначении метадона, доза которого постепенно снижается до полной отмены. Метадон является синтетическим агонистом опиоидных рецепторов с длительным периодом полувыведения и применяется внутрь. Начальную дозу метадона дают после появления первых проявлений синдрома отмены. Объективным выражением этого является увеличение ЧСС на 15 в мин по сравнению с исходной либо тахикардия свыше 100 в мин; диастолическое АД больше 100 мм рт. ст., систолическое больше 160 мм рт. ст. либо

повышение того или другого на 15 мм рт. ст. по сравнению с исходным; отчетливый мидриаз. Определять эти показатели необходимо после того, как больной не менее 5 мин находился в покое. Начальная доза обычно составляет 15-30 мг/сут., однако при ярко выраженных явлениях отмены она может быть повышена. При однократном приеме метадона максимальная сывороточная концентрация достигается примерно через 30 мин; длительность действия препарата составляет 24-36 ч. В соответствии с клиническими показаниями такая же доза метадона назначается в течение 1-3 дней. В дальнейшем начинают снижение доз метадона приблизительно на 10-15% в день.

В зависимости от сроков, за которые детоксикация должна быть завершена, различают краткосрочную детоксикацию (снижение дозы в течение месяца и меньше) и долгосрочную (более месяца). У пациентов, которые проходят краткосрочные программы детоксикации, симптомы отмены более выражены. Для купирования проявляющихся в ходе детоксикации метадоном проявлений отмены практикуется назначение клонидина.

По результатам исследований детоксикация метадоном имеет преимущества перед детоксикацией альфа-2-адреномиметиками по субъективным оценкам пациентов, степени купирования симптомов отмены, уровню удержания в программе и по выраженности побочных эффектов фармакотерапии. В тоже время детоксикация на фоне альфа-2-адреномиметиков отличается более быстрым разрешением синдрома отмены, большей вероятностью полного завершения детоксикации и последующего воздержания от опиатов в течение месяца после ее окончания.

Детоксикация при помощи бупренорфина

Бупренорфин является агонистом-антагонистом опиоидных рецепторов и применяется для опиоидной детоксикации с 1978 года. Бупренорфин как средство лечения синдрома отмены получает в настоящее время все более широкую популярность. Для лечения синдрома отмены используют сублингвальный прием таблеток бупренорфина. В последние годы широкое распространение получило также применение комбинированной лекарственной

формы, содержащей бупренорфин и налоксон (что предотвращает применение бупренорфина внутривенно, так как при этом налоксон провоцирует явления отмены). Также для детоксикации может использоваться однократная внутримышечная инъекция бупренорфина в пролонгированной форме.

По результатам исследований при сравнении препаратов используемых для детоксикации, отдается предпочтение бупренорфину как перед метадоном, так и альфа-2 – адреномиметиками. В сравнении с метадоном бупренорфин отличают: низкая токсичность, длительность блокады действия других опиоидов более 29 часов, меньшие сроки лечения. Кроме того, показано явное преимущество бупренорфина перед клонидином по степени купирования симптомов отмены и выраженности побочных эффектов, уровню удержания в программе и вероятности последующего включения пациентов в долгосрочную терапию налтрексоном.

Быстрая и ультрабыстрая детоксикация

Суть обеих методик заключается в применении антагонистов опиоидных рецепторов (наллоксона и/или налтрексона) для провоцирования развития синдрома отмены (precipitated withdrawal), с последующим купированием его проявлений.

Быстрая детоксикация

Для провоцирования синдрома отмены используется прием внутрь налтрексона, интенсивность проявлений отмены опиоидов снижается назначением клонидина и транквилизаторов. Данная методика является достаточно эффективной, особенно для последующего включения пациентов в долгосрочные программы терапии опиоидным антагонистом налтрексоном. У. Филибек и соавторы в своём методическом руководстве по лечению героиновой зависимости приводит следующий вариант схемы назначения препаратов.

Таблица 2. Схема быстрой пятидневной детоксикации при героиновой зависимости

1-й день	<p>а) клонидин 0,2 мг перорально каждые 4 часа до дозы 1,0 мг. Мониторинг АД каждые 15 минут в течение 1 часа, затем каждые 30 минут в течение 6 часов.</p> <p>б) оксазепам 15-30 мг перорально каждые 6 часов до дозы 90 мг. Может потребоваться использование более высокой начальной дозы при ярко выраженных проявлениях отмены.</p> <p>в) налтрексон 12,5 мг перорально через час после приема клонидина и оксазепама.</p>
2-й день	<p>Как в первый день, за исключением налтрексона, который принимается в дозе 25 мг.</p>
3-й и 4-й дни	<p>Как в 1-й и 2-й дни, за исключением налтрексона, доза которого составляет 50 мг. Доза клонидина и оксазепама должна постепенно уменьшаться до прекращения лечения на 5 день.</p>
<p>Начиная с 4 дня, больной получает блокирующую дозу налтрексона, чтобы перейти к лечению этим препаратом.</p>	

Не смотря на то, что при данном методе детоксикации явления синдрома отмены выражены более ярко, чем при детоксикации с применением только клонидина, более быстрое угасание симптомов способствует субъективному восприятию всего процесса детоксикации как менее дискомфортного. При сравнении с детоксикацией метадоном, быстрая детоксикация с налтрексоном оказалась эффективней по вероятности завершения детоксикации и сохранения трезвости в течение месяца после нее. Еще большую эффективность данный подход демонстрирует при дополнительном назначении на несколько дней бупренорфина.

Ультрарбыстрая опиоидная детоксикация (УБОД)

Методика УБОД или "Ultra Rapid Opiate Detoxication" (UROD) также основывается на применении налоксона и налтрексона, но в более высоких дозах и на фоне общей анестезии. Применение больших доз налоксона позволяет вытеснить опиоиды из максимально большого количества опиоидных рецепторов, что привело бы без наркоза к развитию крайне тяжелого синдрома отмены. Пик синдрома отмены длится 2-3 часа, когда пациент находится под наркозом. Наркоз обычно длится от 6 до 24 часов. После пробуждения и экстубации наблюдаются остаточные проявления синдрома отмены.

Нейрохимической основой эффекта УБОД является существенное возрастание дефицита опиоидергической нейротрансмиссии, что на каком-то критическом уровне сменяется включением компенсаторных механизмов с постепенной нормализацией опиоидных и иных нейромедиаторных систем.

Называют несколько достоинств УБОД: быстрое купирование основных проявления синдрома отмены, благодаря чему данный подход может стать единственной альтернативой для пациентов опасующихся более длительных программ; практически 100% завершение детоксикации всеми пациентам; гуманный подход к оказанию помощи, позволяющий зависимому не испытывать мучительных проявлений синдрома отмены. Критика данного метода детоксикации сводится к указанию на повышенный риск развития опасных для жизни осложнений, когда сам синдром отмены опиоидов таковых осложнений не подразумевает даже при отсутствии медицинской помощи. Приверженцы метода сравнивают применение наркоза при детоксикации с ситуациями в хирургии, в стоматологии, гинекологии, когда наркоз не всегда применяется по чисто медицинским показаниям, а используется для облегчения страданий пациента.

Данный вид детоксикации, возможно, является методом выбора для категории пациентов, которые безрезультатно пытаются преодолеть проявления отмены и не удерживаются в программах детоксикации по разным

причинам (включая ярко выраженные проявления психопатоподобного поведения и криминальной направленности). Так же этот метод может привлекать пациентов, которые избегают обращения на детоксикацию в связи с ярко выраженным страхом перед возможными проявлениями абстиненции, воспринимающимися ими как непереносимые.

Невозможно назвать наилучшим какой-либо из методов детоксикации при опиоидной зависимости. Сложность заключается в расхождениях при выборе критериев для оценки эффективности в разных исследованиях. Чаще других для оценки эффективности используются объективная и субъективная оценка тяжести и продолжительности симптомов отмены, уровни удержания и завершения программ детоксикации, длительность последующего периода воздержания, как от опиоидов, так и других психоактивных веществ, уровни включения пациентов после завершения детоксикации в различные долгосрочные программы поддерживающей терапии и реабилитации. Каждый из рассмотренных методов имеет свои преимущества исходя из тех целей, которые стоят перед пациентом и врачом.

Психообразование и психосоциальное консультирование

Результаты рандомизированных контролируемых исследований показывают, что сочетание фармакологического лечения с психосоциальными подходами помощи позитивно влияет на уровень завершения детоксикаций. Доказана эффективность подробного информирования. Информирование пациента о самом заболевании, о препаратах, используемых в ходе лечения, и их побочных эффектах способствует удержанию на лечении. Понимание природы заболевания ассоциируется с более высокими показателями завершения детоксикации. Одним из диагностических инструментов, применяемых для изучения взглядов пациентов с опиоидной зависимостью на свою болезнь, является «Тест аддиктивных установок Мак-Маллана и Гейлхар» (см. приложение 2). Данный тест используется исключительно с химически зависимыми пациентами и содержит сорок два утверждения, отношение к которым предлагается выразить в соответствии со шкалой Лайкерта (от

абсолютно согласен – до абсолютно не согласен). Чем выше итоговый результат теста, тем более разрушительны убеждения зависимого и тем дальше он от выздоровления. По имеющимся данным, высокие показатели теста аддиктивных установок связаны с досрочным выбытием из программы детоксикации.

При анализе результатов данного теста выделяется 5 убеждений, которые удерживают зависимого человека от лечения:

1) я могу контролировать прием психоактивного вещества (ПАВ) в любое время, когда пожелаю; у меня для этого есть сила воли. Я могу сделать это сам, без чьей-либо помощи;

2) я не несу ответственность за злоупотребление ПАВ; дьявол меня попутал, виноваты другие; это все плохое воспитание;

3) мне все же до сих пор нравится использовать ПАВ, я становлюсь более креативным.

4) ПАВ – не такая большая проблема для меня, это не приносит мне реального вреда, беспокоиться не о чем;

5) мне нужны ПАВ, чтобы чувствовать себя лучше; я не могу без них справиться с этой жизнью.

Коррекция выявленных ошибочных убеждений может быть предметом психообразовательной и психокоррекционной работы, что повышает шанс прохождения пациентом лечебной программы в полном объеме.

Как одно из направлений психосоциальной работы с пациентами, обращающимися на программы детоксикации, является содействие повышению оценки самооффективности. Понятие самооффективности было предложено Альбертом Бандурой, канадским и американским психологом, известным своими работами по теории социального обучения. В своих работах А. Бандура показал, что вера в эффективность собственных действий (самооффективность) может в существенной мере влиять на поведение. Влияние веры в

самоэффективность на поведение человека объясняется следующим образом: человек боится и избегает тех социальных ситуаций, с которыми, как он считает, он не сумеет справиться, активно и наступательно он ведет себя тогда, когда он уверен в своих способностях и верит в успех собственных действий. Самоэффективность может повысить или снизить мотивацию к осуществлению активных действий, особенно в трудных ситуациях. Люди с высокой самоэффективностью предпочитают браться за более сложные задачи, они ставят перед собой более высокие цели и упорнее их добиваются. Оптимистические или пессимистические сценарии развития событий у людей также возникают в соответствии с уровнем их самоэффективности.

Наибольшее влияние на само-эффективность оказывает опыт успешного решения тех или иных задач. Этот успех служит лучшим средством терапии недостаточной самоэффективности. Самоэффективность растет также, если люди наблюдают, как другие успешно справляются с социальными задачами, и падает, если наблюдаются явные неудачи. Попытки вербального воздействия на веру в само-эффективность чаще всего дают лишь кратковременный эффект. Эмоциональное состояние, в котором находится человек, влияет на его само-эффективность как позитивным (если переживается эмоциональный подъем), так и негативным (если переживается тревога, скованность, страх и заторможенность) образом. Выяснилось, что высокая само-эффективность имеет позитивные социальные последствия: она связана с лучшим здоровьем (психическим и соматическим), более высокими достижениями и лучшей социальной интеграцией.

Для оценки уровня самоэффективности в контексте зависимого поведения используется диагностический инструмент «Опросник самоэффективности воздержания от употребления наркотиков в ближайшем будущем» (см. приложение 3). По нашим данным, уровень восприятия самоэффективности в отношении воздержания от употребления у пациентов с опиоидной зависимостью коррелирует с вероятностью удержания в программах детоксикации. Чем более трудной задачей воспринимается воздержание от

употребления опиоидов, тем более вероятна досрочная выписка из детоксикации.

Положительная самооценка готовности к долгосрочному лечению и наличие, сформулированной на момент обращения на детоксикацию, цели прекратить употребление полностью или на какое-то время, так же связаны с более высокой вероятностью успешного завершения детоксикации и, соответственно, могут становиться целью психосоциальных вмешательств.

Еще одним фактором, связанным с досрочным выбытием из программ детоксикации при опиоидной зависимости является восприятие пациентом имеющейся у него поддержки со стороны ближайшего окружения и социума. Интерес к феномену социальной поддержки и ее роли в сохранении психологического и физического благополучия, укреплении здоровья стремительно возрастает. Проведенные исследования показывают, что люди, получающие разные виды поддержки от семьи, друзей, значимых лиц, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят повседневные жизненные трудности и заболевания. Значительное влияние социальной поддержки отмечено в отношении смягчения влияния стрессоров, сохранения здоровья и благополучия, облегчения адаптации, поддержании развития личности. Для исследования процесса восприятия, имеющейся социальной поддержки предлагается использовать Шкала воспринимаемой социальной поддержки (см. приложение 4). Данная шкала отражает общий показатель социальной поддержки и исследует социальную поддержку по 4 параметрам:

- 1) «Эмоциональная поддержка» - вопросы сфокусированы на поддержке, связанной с переживанием позитивного чувства близости, доверия и общности;
- 2) «Инструментальная поддержка» - описывает практическую, информационную или материальную (деньги или вещи) помощь;
- 3) «Социальная интеграция» - описывает включенность человека в определенную сеть социальных взаимодействий, наличие референтной

группы, в рамках которой отмечается совпадение ценностей и представлений о жизни;

- 4) «Удовлетворенность социальной поддержкой» - описывает переживание стабильности в отношениях, дающее чувство уверенности и безопасности.

Согласно данным, полученным в нашем исследовании, оценка пациентом имеющегося у него уровня социальной интеграции влияет на вероятность наступления преждевременной выписки из программы детоксикации. Психосоциальные вмешательства, способствующие повышению уровня социальной поддержки как таковой и степени удовлетворенности самого пациента имеющимся у него уровнем, ожидаемо приведут к повышению удержания на лечении.

Заключение

Из-за раннего выхода пациентов с опиоидной зависимостью из программ детоксикации, наркозависимые не получают все потенциальные преимущества лечения. Кроме того, это может означать, что ресурсы лечения используются неэффективно. Понимание факторов, способствующих удержанию на лечении, подход к детоксикации как к комплексной лечебной программе при подготовке и в процессе осуществления которой предпринимаются действия, направленные на коррекцию этих факторов, позволит более эффективно оказывать помощь пациентам с опиоидной зависимостью.

Список использованной литературы

1. Бандура А. Самоэффективность: Осуществление контроля // пер. с английского; под ред. Сидорина В. В. – Санкт-Петербург: ЕВРАЗИЯ, 2000
2. Бутров А. В., Гофман А. Г., Цимбалов С. Г. Купирование опиоидного абстинентного синдрома антагонистами опиатов под общей анестезией: Пособие для врачей. — М., 2000. — 20 с.
3. Головкин А. И., Тихомиров С.М., Головкин С. И., Леонтьева Л.В., Конопкин Д. А., Романенко О. И. Участие нейромедиаторных систем в развитии абстинентного синдрома при опиоидной наркомании. // Наркология. – 2004. - № 11. - стр. 13 – 24
4. Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН), Доклад за 2013 год
5. Патрик Джи. О`Коннор, Дэвид А. Фиеллин Фармакологическое лечение героин-зависимых пациентов. - стр. 7-33 // Фармакологические подходы к лечению опиоидной зависимости. Сборник научных статей под. ред. Ю. Саранкова. Киев, 2000.
6. Статкевич, Д.А. Прогноз удержания в программах детоксикации как возможность повышения эффективности этих программ при опиоидной зависимости // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. №2(04), 2011.– С. 105-111.
7. Статкевич Д.А., Айзберг О.Р. Основные принципы лечения синдрома отмены опиоидов // Медицина. №4 (10), 2012.
8. Статкевич Д.А. Эффективность программ стационарной детоксикации при опиоидной зависимости и приверженность врачам рекомендациям // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. № 4(22), 2015.– С. 98-111
9. Статкевич Д.А. Модель шкалы прогнозирования эффективности стационарных программ детоксикации при опиоидной зависимости//

Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. № 1(7), 2016.– С. 12-21

10. Статкевич Д.А. "Приверженность врачевным рекомендациям среди пациентов с опиоидной зависимостью" Уч - мет пособие / Минск.:БелМАПО, 2014.- 28с.
11. Luty J. «Какие методы наиболее эффективны в лечении зависимости от психоактивных веществ» Обзор современной психиатрии Вып. 28, год 2005
12. WHO 2010 Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.
13. Chutuape M A, Jasinski D R, Fingerhood M I, Stitzer M L. «One-, three-, and six-month outcomes after brief inpatient opioid detoxification». *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2001 Feb;27(1):19-44
14. Chieng B., Williams J. T. Increased opioid inhibition of GABA release in nucleus accumbens during morphine withdrawal. // *J. Neurosci.* – 1998. – Vol. 18, № 17. – P. 7033-7039.
15. Threlkeld M., Parran T.V., Adelman C.A., Grey S.F., Yu J. Tramadol versus Buprenorphine for the Management of Acute Heroin Withdrawal: A Retrospective Matched Cohort Controlled Study. // *Am J Addict*. 2006 Mar-Apr; 15(2): 186-91.
16. Tokuyama S., Zhu H., Oh S., Ho I. K., Yamamoto T. Further evidence for a role of NMDA receptors in the locus coeruleus in the expression of withdrawal syndrome from opioids // *Neurochem. Int.* – 2001.- Vol.39, № 2.- P. 103-109
17. Teesson M, Ross J, Darke S, Lynskey M, Ali R, Ritter A, Cooke R. One year outcomes for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug Alcohol Depend* 2006; 83: 174–80
18. Yamaguchi T., Hagiwara Y., Tanaka H., Sugiura T., Waku K., Shoyama Y., Watanabe S., Yamamoto T. Endogenous cannabinoid, 2-arachidonoylglycerol, attenuates naloxone-precipitated withdrawal signs in morphine-dependent mice. // *Brain Res.* – 2001.- Vol.909, № 1-2. – P. 121-126

Приложение 1.

Клиническая шкала тяжести синдрома отмены опиатов (COWS).

В каждом пункте обведите число, которое наилучшим образом описывает признаки и симптомы у пациента. Оценку ставьте только с точки зрения очевидной связи с отменой опиатов.

Данные пациента _____ Дата и время _____

Частота пульса в покое: _____

Измеряется после того, как пациент посидит или полежит в течение 1 мин.

0 - частота пульса 80 и <

1 - частота пульса 81-100

2 - частота пульса 101-120

4 - частота пульса >120

Потение: за последние полчаса, не из-за температуры в помещении или физической нагрузки пациента.

0 - не сообщает об ознобе или приливах жара

1 - субъективное ощущение об ознобе или приливах жара

2 - покраснение или видимая влажность лица

3 - капли пота на лбу или на лице

4 - пот струится по лицу

Беспокойство: наблюдение в ходе оценки

0 - может сидеть неподвижно

1 - сообщает о том, что сидеть неподвижно трудно, но можно

3 - частые изменения положения или неуместные движения ног/рук

5 - не может сидеть спокойно дольше нескольких секунд

Размер зрачков

0 - зрачки сужены или нормальных размеров для комнатного света

1 - зрачки, возможно, шире, чем обычно при комнатном свете

2 - зрачки умеренно расширены

5 - зрачки расширены настолько, что можно видеть только край радужной оболочки

Боль в костях или суставах: если у пациента была боль раньше, баллы ставятся только за дополнительный компонент, относимый на счет опиатов.

0 - отсутствует

1 - легкое генерализованное недомогание

2 - пациент сообщает о сильной генерализованной боли в суставах/мышцах

4 пациент потирает суставы или мышцы и не может сидеть спокойно из-за недомогания.

Насморк или слезотечение: не обусловлены симптомами простуды или аллергическими реакциями

0 отсутствуют

1 заложен нос или необычно влажные глаза

2 обильное выделение из носа или слезотечение

4 постоянное выделение из носа или по щекам текут слезы

Расстройство ЖКТ: за последние полчаса.

0 симптомов расстройства ЖКТ нет

1 спазмы в желудке

2 тошнота или жидкий стул

3 рвота или понос

5 многократные эпизоды поноса или рвоты

Тремор: наблюдение за вытянутыми руками.

0 дрожания нет

1 дрожание можно почувствовать, но не заметить

2 заметно легкое дрожание

4 сильное дрожание или подергивание мышц

Зевота: наблюдение в ходе оценки

0 зевоты нет

1 зевнул раз или 2 за время оценки

2 зевнул 3 или > раз за время оценки

4 зевал по несколько раз в минуту

Тревога или раздражительность

0 отсутствует

1 пациент сообщает о нарастании раздражительности или страха

2 пациент явно раздражен или находится в состоянии патологического страха

4 пациент настолько раздражен или находится в таком состоянии

патологического страха, что его дальнейшее участие в оценке затруднено

«Гусиная кожа»

0 кожа гладкая

3 пилоэрекцию кожи можно почувствовать на ощупь или на руках

поднимаются волосы

5 пилоэрекция бросается в глаза

Общий балл: _____

5 -12 баллов = легкая степень; **13-24** = умеренная степень; **25-36** = умеренно тяжелая степень; **более 36** = тяжелая степень синдрома отмены

Приложение 2.

ТЕСТ АДДИКТИВНЫХ УСТАНОВОК МАКМАЛЛАНА-ГАЙЛХАР

Имя _____ Дата _____

Поставьте галочку напротив каждого вопроса в той графе, которая соответствует Вашим убеждения.

№	Вопрос	Совершенно согласен	Согласен	Нейтрален	Не согласен	Совершенно не согласен
1	Я не несу ответственность за употребление наркотиков					
2	Я могу остановиться при помощи одной только силы воли.					
3	Небольшое количество наркотика мне только на пользу.					
4	Если я не могу остановиться, зачем тогда беспокоиться?					
5	Чуть-чуть мне не повредит.					
6	Наркотики мне необходимы для того, чтобы повеселиться.					
7	Вполне нормально употреблять столько, сколько я					

	принимал в прошлом.					
8	К злоупотреблению меня привели негативные чувства (гнев, страх, печаль и т. д.).					
9	Чтобы не чувствовать себя плохо, лучший способ – принять наркотики.					
10	Испытывать кайф или опьянение приятно.					
11	Я могу справиться с наркотиками лучше, чем другие.					
12	Наркотики нужны мне, чтобы чувствовать себя более уверенно.					
13	Наркотики – хороший способ развеять скуку.					
14	Немного самодисциплины – и я смогу избавиться от проблем с наркотиками.					
15	Если я достаточно хорошо постараюсь, я смогу себя контролировать.					
16	Моя вина в том, что я зависим.					
17	Что-то внутри меня					

	берет надо мной верх и заставляет меня прибегнуть к наркотикам.					
18	Зависимость – это просто плохая привычка					
19	Внешние катастрофы (потеря работы, уход супруги, госпитализация) заставляют людей использовать наркотики.					
20	Я могу лучше справляться с жизнью при помощи наркотиков					
21	Употребление наркотиков – хороший способ кого-то наказать.					
22	Я должен удовлетворять свои желания.					
23	От зависимости можно излечиться.					
24	Лучший способ избавиться от «ломки» – принять еще наркотиков.					
25	Проблемы с наркотиками у меня не настолько серьезные.					
26	Я всегда могу предсказать, что не					

	потерю контроль, приняв наркотик.					
27	Я лучше как любовник, когда принял наркотик.					
28	Социальное давление вынуждает меня слишком много злоупотреблять наркотиками.					
29	Мне нужны наркотики, чтобы эмоции не овладели мною.					
30	Я смогу поправиться без посторонней помощи, если буду очень стараться.					
31	Мне лучше принять наркотик, чтобы чувствовать себя лучше.					
32	Тот, кто много работает, заслуживает немного наркотиков.					
33	Использование наркотиков – хороший способ спастись от жизненных стрессов.					
34	Я должен быть все время счастливым.					
35	Я не наркоман.					

36	Вы не можете мне сказать о моей зависимости ничего такого, чего бы я не знал.					
37	Мы должны получить от жизни все, что нам хочется.					
38	Опьянение наркотиками открывает настоящую сущность человека.					
39	Зависимость вызвана психологическими проблемами.					
40	Лучший способ справиться с проблемами – это не думать о них.					
41	Когда я пьяный, я более креативный.					
42	В жизни есть более важные вещи, над которыми надо работать, чем моя зависимость.					

Организация. Тест можно проводить как в группах, так и индивидуально.

АУМГ зачитывается клиентам, при этом каждый пункт поясняется, и даются ответы на все вопросы. У клиентов имеются ответные листы, на которых они обводят один из пяти ответов по каждому пункту.

Подсчет баллов. Пять баллов приписывается за ответ «совершенно согласен» и один – за ответ «совершенно не согласен». Неотмеченные вопросы оцениваются как «нейтрален», т.е. в три балла.

Приложение 3.

«Опросник самооценки воздержания от употребления наркотиков в ближайшем будущем» (Goldbeck R. et al., 1997; модификация Ялтонского В.М.)

Укажите, пожалуйста, ЦЕЛЬ ВАШЕГО ЛЕЧЕНИЯ:

- ✓ не ставлю перед собой определенную цель
- ✓ продолжать прием наркотиков, контролируя дозу и частоту употребления
- ✓ прекратить прием наркотика на некоторое время
- ✓ полностью отказаться от приема наркотика

1. Насколько сильной сейчас является Ваша потребность воздерживаться от употребления наркотика в ближайшие 3 месяца после лечения?

очень слабая потребность 1 2 3 4 5 6 7 очень сильная потребность

2. Насколько Вы уверены сейчас, что будете воздерживаться от употребления наркотика в ближайшие 3 месяца после лечения?

совсем не уверен(а) 1 2 3 4 5 6 7 очень уверен(а)

3. Насколько трудно воздерживаться от употребления наркотика Вам будет в ближайшие 3 месяца после лечения?

совсем нетрудно 1 2 3 4 5 6 7 очень трудно

4. Насколько Вам понадобится помощь других людей, чтобы продолжать воздерживаться от употребления наркотика в ближайшие 3 месяца после лечения?

совсем не понадобится 1 2 3 4 5 6 7 очень понадобится

5. Насколько Вы уверены сейчас, что, употребив через 3 месяца после лечения наркотик 1-2 раза, Вы сможете прекратить дальнейшее употребление наркотика?

очень уверен(а) 1 2 3 4 5 6 7 совсем не уверен(а).

СПАСИБО!

Приложение 4.

Опросник социальной поддержки

Ф.И.О. _____ Дата _____

Инструкция: Выразите свое согласие или несогласие с каждым из нижеследующих утверждений. Для этого поставьте крестик в соответствующем квадратике против каждого утверждения.

	Совсем не соответс- твует	Немного соответс- твует	Средне соответс- твует	В значи- тельной мере соответствует	Почти пол- ностью соответствует
1. У меня есть люди, которые в мое отсутствие могут позаботиться о моей квартире (цветах, домашних животных).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Есть люди, которые принимают меня таким, какой я есть.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Моим друзьям и родственникам важно мое мнение по определенным вопросам.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Мне хотелось бы больше внимания и понимания от других людей.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Я знаю одного человека, которому я могу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

полностью довериться и с его помощью решить любой вопрос.

6. Я могу, если необходимо, одолжить у кого-нибудь бытовой прибор или продукты
7. У меня есть друзья (родственники), которые умеют хорошо слушать, когда мне хочется выговориться.
8. У меня нет никого, к кому бы я мог запросто и охотно зайти.
9. У меня есть друзья (родственники), которые меня запросто обнимают.
10. Если я болен, я могу без колебаний попросить друзей или родственников купить важные для меня вещи (например, еду)
11. Если я сильно подавлен, я знаю - к кому мне пойти.
12. Я часто чувствую себя аутсайдером.
13. Есть люди, которые делят

- со мной горе и радость
14. С некоторыми друзьями (родственниками) я могу полностью расслабиться.
15. У меня есть близкие люди, рядом с которыми я очень хорошо себя чувствую.
16. У меня достаточно людей, которые по-настоящему мне помогут, если я не буду знать, как быть дальше.
17. Есть люди, которые считаются со мной, даже когда я делаю ошибки.
18. Мне бы хотелось больше безопасности и близости с другими людьми.
19. Есть достаточно людей, с которыми у меня хорошие отношения.
20. Есть группа людей (компания), к которой я себя отношу.
21. С помощью друзей и знакомых я часто получаю полезную информацию (например, о хорошем враче и т.д.).

22. Есть люди, которым я могу открыть все мои чувства, не ощущая при этом неудобства.

--	--	--	--	--

Опросник «Социальная поддержка» содержит 22 пункта, которые распределяются по четырем шкалам: эмоциональная поддержка, инструментальная поддержка, социальная интеграция и удовлетворенность социальной поддержкой. Ответы оцениваются по 5-ти балльной системе. Ответы на прямые вопросы опросника оцениваются следующим образом: совсем не соответствует -1 балл, немного соответствует – 2 балла, средне соответствует -3 балла, в значительной мере соответствует – 4 балла, почти полностью соответствует – 5 баллов. Ответы на инверсные вопросы оцениваются в обратном порядке.

Описание шкал опросника

1. Шкала «Эмоциональная поддержка» включает 9 пунктов. Вопросы сфокусированы на поддержке, связанной с переживанием позитивного чувства близости, доверия и общности.

№ пункта в опроснике	Наименование пункта
2	Есть люди, которые принимают меня таким, какой я есть
5	Я знаю одного человека, которому я могу полностью довериться и с его помощью решить любой вопрос
7	У меня есть друзья (родственники), которые умеют хорошо слушать, когда мне хочется выговориться
11	Если я сильно подавлен, я знаю - к кому мне пойти.
13	Есть люди, которые делят со мной горе и радость
14	С некоторыми друзьями (родственниками) я могу полностью расслабиться.

15	У меня есть близкие люди, рядом с которыми я очень хорошо себя чувствую.
16	У меня достаточно людей, которые по-настоящему мне помогут, если я не буду знать, как быть дальше
22	Есть люди, которым я могу открыть все мои чувства, не ощущая при этом неудобства.

2. Шкала «Инструментальная поддержка» включает 4 пункта и описывает практическую, информационную или материальную (деньги или вещи) помощь.

№ пункта в опроснике	Наименование пункта
1	У меня есть люди, которые в мое отсутствие могут позаботиться о моей квартире (цветах, домашних животных)
6	Я могу, если необходимо, одолжить у кого-нибудь бытовой прибор или продукты
10	Если я болен, я могу без колебаний попросить друзей или родственников купить важные для меня вещи, например, еду
21	С помощью друзей и знакомых я часто получаю полезную информацию (например, о хорошем враче и т.д.).

3. Шкала «Социальная интеграция» содержит 7 пунктов. Они описывают включенность человека в определенную сеть социальных взаимодействий, наличие референтной группы, в рамках которой отмечается совпадение ценностей и представлений о жизни.

№ пункта в опроснике	Наименование пункта
3	Моим друзьям и родственникам важно мое мнение по определенным вопросам

8*	У меня нет никого, к кому бы я мог запросто и охотно зайти.
9	У меня есть друзья (родственники), которые меня запросто обнимают
12*	Я часто чувствую себя аутсайдером.
17	Есть люди, которые считаются со мной, даже когда я делаю ошибки.
19	Есть достаточно людей, с которыми у меня хорошие отношения
20	Есть группа людей (компания), к которой я себя отношу.

4. Шкала «Удовлетворенность социальной поддержкой» описывает переживание стабильности в отношениях, дающее чувство уверенности и безопасности и содержит 2 пункта.

№ пункта в опроснике	Наименование пункта
4*	Мне хотелось бы больше внимания и понимания от других людей
18*	Мне бы хотелось больше безопасности и близости с другими людьми.

Содержание

Ведение	3
Удерживаемость в программах детоксикации как неременное условие их эффективности	6
Особенности клинической картины состояния отмены опиоидов	7
Методы лечения состояния отмены опиоидов	12
Психообразование и психосоциальное консультирование	21
Заключение	25
Список использованной литературы	26
Приложения	28

Учебное издание

Статкевич Дмитрий Александрович

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ
ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Д.А. Статкевич

Подписано в печать 22. 04. 2016. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,81. Уч.- изд. л. 2,14. Тираж 100 экз. Заказ 107.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.