

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТОВ РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

---

*В настоящей статье представлен обзор литературы по имеющимся методам лечения алкогольной зависимости. Были проанализированы электронные базы данных: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed» с 1966 года. В обзор включены исследования по различным видам лечения, отличающихся продолжительностью, вовлеченностью количества участников, методологией работы, избирательной ориентированностью на различные патогенетические механизмы. Проведен сравнительный анализ эффективности различных методов лечения (социально-ориентированных стратегий, долговременных и краткосрочных программ, некоторых видов фармакотерапии) на основании данных доступной литературы. Показана эффективность различных методов в зависимости от индивидуальных клинических характеристик заболевания и особенностей его формирования.*

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

***D. A. Donskoy, A. V. Kopytau***

### **ASSESSMENT OF THE EFFECTS OF DIFFERENT INTERVENTION STRATEGIES FOR ALCOHOL ADDICTION**

*This article presents a literature review of available treatments for alcohol addiction. The following electronic databases were analyzed: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed»*

## □ **Обзоры и лекции**

*since 1966. The review includes studies on different types of treatment with different duration, number of participants involvement, work methodology, selective orientation on different pathogenetic mechanisms. A comparative analysis of the effectiveness of different treatments (socially-oriented strategies, long-term and short-term programs, some types of pharmacotherapy) on the basis of the available literature data. The effectiveness of different methods depending on the individual clinical characteristics of the disease and the characteristics of its formation.*

**Key words:** alcohol addiction, treatment methods, review efficiency.

**А**лкоголь одно из наиболее широко употребляемых психоактивных веществ в мире.

В настоящее время, различные алкогольные субпопуляции, требуют различных стратегий лечения [26, 31]. Это означает, что одним из самых важных механизмов, гарантирующим соответствующий режим лечения, является точный диагноз установленный специалистами в области клинической наркологии. Однако, даже если это достигнуто, все равно текущие терапевтические подходы далеки от идеального решения этой обширной проблемы.

В настоящее время общество проявляет все большую заинтересованность к новым технологиям и медицинским новшествам для лечения зависимых форм поведения, которые можно достаточно быстро и эффективно внедрять в систему здравоохранения. Актуальность внедрения новых лечебных технологий обусловлена также увеличением стоимости затрат здравоохранения при решении проблем зависимых форм поведения, а также экономическим ущербом, ассоциированным с этими проблемами.

Стремясь рассматривать потребности пациента в центре внимания при планировании здравоохранения, каждое медицинское сообщество смотрит не только на медицинские аспекты лечения, но также и на экономические, социальные и этические. Главная цель состоит в том, чтобы идентифицировать самые эффективные и, если возможно, самые рентабельные вмешательства среди технологий уже применяемых или еще недостаточно используемых. Результаты могут использоваться клиницистами и администраторами здравоохранения, чтобы гарантировать адекватное использование ограниченных ресурсов, доступных для здравоохранения.

**Цель** этого обзора литературы в том, чтобы рассмотреть, изданные исследования и сделать выводы об эффектах вмешательств, применяемых при лечении алкогольных проблем.

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», «PsycInfo», «PubMed» с 1966 года. Все полученные в ходе исследования статьи на английском языке были сохранены.

Были рассмотрены доступные с 1999 года исследования в данной области. Некоторые исследования включали не только людей зависимых от алкоголя, но также и со злоупотреблением. В обзор включены исследования по различным видам лечения, отличающихся продолжительностью, вовлеченностью количества участников, методологией работы, избирательной ориентированностью на различные патогенетические механизмы. Не было установлено никаких требований по периодам проведения исследования или места, где было проведено лечение.

В обзор включены в основном данные рандомизированных контролируемых исследований (РКИ).

Были рассмотрены результаты мета-анализов, обзоров литературы и диссертаций. Самыми важными критериями по результатам, примененными в исследованиях, были изменения в потреблении алкоголя и связанных с алкоголем проблем, количество дней проведенных в стационаре по соматическим или психическим заболеваниям, продолжительность полной абстиненции. Субъекты в большинстве исследований были представителями из общей популяции, но некоторые исследования также включали пациентов из учреждений здравоохранения, больниц или амбулаторных клиник.

Для людей, у которых диагностирован алкоголизм, лечение должно быть соответствующим и может иметь множество форм. Предпочтение должно быть отдано подходу, который больше всего соответствует желаемому эффекту и совместим со специфической культурой [35]. Эффективность различных подходов к лечению зависит от культуральных особенностей, в которых они применяются и преобладающих социальных представлений относительно зависимости и приоритетов. Вообще, лечение применяют с целью обеспечения зависимому человеку возобновить нормальное функционирование.

Есть различные подходы к рассмотрению проблем алкоголя. Они могут быть разделены на две группы, в зависимости от тяжести проблемы: (1) подходы к лечению направлены на зависимых от алкоголя людей и проблемы тяжело пьющих, и (2) подходы, которые предназначаются для тех, кто еще не зависим от алкоголя, но находится в зоне высокого риска. Выбор лечения зависит в большей 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 для определенных людей и меньше

для других [19]. 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 умеренный и совместимый со здоровым, уравновешенным образом жизни. Какой бы ни была конечная цель, лечение включает в себя три этапа: детоксикацию, чтобы минимизировать состояние отмены, реабилитацию и обслуживание. Какой подход и конечный результат является лучшим для конкретного человека, должны определяться в индивидуальном порядке в каждом конкретном случае.

**Долгосрочные вмешательства.** Имеются значительные доказательства, длительные нейробиологические изменения в головном мозге алкоголиков способствуют постоянству тяги. В любой стадии во время восстановления срыв может быть вызван внутренними (депрессия, тревога, влечение к алкоголю) или внешними факторами (средовые спусковые механизмы, социальное давление, негативные события жизни). Психосоциальные лечебные мероприятия при оказании помощи пациентам позволяют повысить ожидания пациентов в отношении предотвращения рецидивов.

#### **Группы само- и взаимопомощи и терапия с помощью программы 12-шагов**

Группы самопомощи или взаимопомощи стремятся к воздержанию от алкоголя. Они включают в себя Анонимных Алкоголиков (АА), программу разработанную в США, в которой человек представляется высшей силой в процессе «восстановления». Члены АА все принимают решение каждый день не пить. Существуют и другие подобные группы с различными модификациями, которые делают их подходящими для разных культур. Они включают в себя шведское движение, Croix Bleue, и другие [22]. Доминирующий подход в некоторых странах Южной и Центральной Европы – например, в Италии и Хорватии – полагается на клубы для лечения алкоголиков [23]. В отличие от АА, они часто интегрируются в систему услуг социального здравоохранения и сильно зависят от семьи, как интегрирующего звена к группе самопомощи. Существует группы само- и взаимопомощи, как по месту проживания, так и вне места проживания.

АА и подобные группы самопомощи используют программу 12 шагов, чтобы алкоголики работали во время ремиссии. Эта бесплатная программа особенно благосклонна для тех, кто беден, изолирован, одинок, для пьющих, кто пребывает в тяжелых социальных условиях. Помощь двенадцатишаговой программой (TSF) является формальным подходом к лечению, включающим АА и подобные программы с 12 шагами.

**Психосоциальные стратегии лечения.** Специфическое лечение, включающее психосоциальные стратегии, имеет теоретическую основу, проводится врачами после специального обучения, прописанного в руководствах и поддерживается систематическим наблюдением. Примеры методов лечения, которые используют все или большинство этих компонентов, включают повышение мотивации к лечению, когнитивно-

поведенческую терапию (включая подход поддержки и взаимопомощи сообществ), лечение в группах самопомощи по программе 12-шагов и структурированную интерактивную терапию. Специфическое лечение (часто называемое как обычное лечение или стандартное лечение) обычно включает позитивные рекомендации в комбинации с интервенциями для решения социальных проблем. Из 22 исследований, сравнивающих специфические методы лечения с неспецифическим лечением, 16 одобряют специфические методы лечения. Среди специфических методов лечения не было найдено никаких, которые были бы наиболее лучшими. Из 30 сравниваемых специфических методов лечения в 19 не нашли различий [6, 43].

Поддержка выбора специфического метода лечения слаба. Соответствующие эффекты представлены в нескольких исследованиях. Однако, доказательств недостаточно. Результаты не поддержаны большинством, хорошо организованных исследований, например, Project MATCH Research Group [Project MATCH Research Group (1997); Project MATCH Research Group (1998)], в которых протестировали взаимодействие между психологическими характеристиками пациентов и различными методами. Следовательно, различные специфические методы были одинаково успешны среди пациентов с умеренной тяжестью проблем.

*Семейная терапия и семейное вмешательство приводят к положительным результатам.* Семейная терапия показывает лучшие результаты, по крайней мере, равные или превосходящие результаты по сравнению с индивидуальным лечением. Вовлечение членов семьи в лечение пациента приводит к положительным результатам, и это реально, т. к. вмешательство, сосредоточенное только на партнере, оказывает эффекты только на потребление пациентом алкоголя.

*Связь между урегулированием употребления, интенсивностью лечения (стационарный больной, амбулаторный больной, количество и продолжительность) и результатом слаба.* Сравнение стационарного и амбулаторного лечения являются неокончательными, так как при сравнении последствий лечения используется один и тот же самый метод, но при различной продолжительности лечебных мероприятий. Однако, обнаружена поддержка исследований, где прослеживается адаптация уровня лечения к тяжести проблемы.

*Для людей с умеренной или легкой зависимостью ограниченное лечение приводит к тому же самому эффекту, что и более обширное лечение.* Значимость самопомощи с использованием руководств или библиотерапии, была проанализирована в пяти исследованиях, и во всех сообщено, что библиотерапия имела тот же самый эффект, как 6–10 контролируемых врачом лечебных сессий. Краткосрочное лечение с несколькими сессиями, имели тот же самый эффект, что и более обширное лечение. Для людей с большей тяжестью проблемы лучшие результаты замечены при более интенсивном лечении.

*В лечении пациентов с психиатрической коморбидной патологией, бездомностью либо и то и другое вместе – определяет потребность сосредоточиться*

на обеих проблемах одновременно. Пока, немного исследований оценили специфические методы, сосредоточенные и на наркомании и на психическом расстройстве. Положительные результаты от лечения для бездомных пациентов с алкоголизмом были найдены, когда применялась поведенческая терапия и интенсивное управление поведением. Благополучное жилье или стационарное лечение не улучшали результаты по сравнению с амбулаторным лечением.

**Лечение с использованием лекарственных средств.** Поисковые стратегии. Были включены РКИ психофармакологического лечения алкоголизма с или без коморбидной психической патологии, с продолжительностью лечения не менее 4 недель и, по крайней мере, с 15 субъектами. Проведен поиск в базах данных MEDLINE и Cochrane-библиотеке РКИ [42].

**Результаты.** Было четыре главных положительных результата: эффективность аверсивных агентов (под наблюдением и без наблюдения), акампросат, налтрексон/налмефен и лечение коморбидных психических расстройств. Четыре исследования сравнили лечение аверсивными агентами и плацебо. Только одно исследование сообщило о лучшем результате при применении лекарственных средств, создающих отвращение к ПАВ, чем плацебо. Это исследование использовало контролируемое употребление препарата, в противоположность трем другим исследованиям. Пять небольших исследований сравнили дисульфирам, принимаемый под наблюдением и без наблюдения. Все исследования сообщали о лучших результатах с использованием наблюдения [16].

**Акампросат.** Все изданные исследования по акампросату были выполнены в Европе. Подобные протоколы использовались в большинстве исследований. Критерием результата, представленного здесь, является количество полных абстинентов. Были изданы семнадцать исследований, включая 4158 пациентов. В девяти исследованиях сообщается об анализе существенных различий в намерении к удовольствию (ИТТ). Мета-анализ был выполнен на 15 исследованиях. Результаты исследования воздержание/невоздержание независимы от продолжительности лечения (3–12 месяцев) [15, 26, 32, 36].

**Налтрексон и налмефен.** Среди 21 изданного исследования по налтрексону и налмефену, в 13 включены более, чем 50 амбулаторных алкоголиков. В восьми из них показано, что положительные эффекты в анализе намерений к удовольствию, два показали положительные эффекты только при комплексном анализе и три имели отрицательные результаты.

Найдены три мета-анализа: исследования Kranzler и van Kirk [26], включавших 8 исследований по налтрексону; Streeton и Whelan (2001), включавших 7 исследований; Srisurapanont и Jarusuraisin [39], включавших 19 исследований. Все исследования заключили, что налтрексон был эффективен при краткосрочном лечении. Однако, только мета-анализ Krystal [28] включал отрицательные результаты. Три исследования включали вторую рандомизацию по психосоциальному лечению (когнитивная поведенческая терапия

против поддерживающей терапии), и все три нашли положительный эффект при сочетании налтрексон/когнитивно-поведенческая групповая терапия, тогда как только в одном исследовании сообщено, что есть положительный эффект при сочетании налтрексон/поддерживающая групповая терапия. Другие исследования были сгруппированы согласно типу психосоциального лечения, добавляя новые исследования к стандартному анализу. В последней группе 6 из 7 исследований сообщили об эффекте в намерении к получению удовольствия при анализе комплексного подхода применения когнитивно-поведенческой терапии/схожих групповых методов, тогда как при поддерживающей терапии (12-шаговые группы), только 2 из 7 исследований сообщили о положительных эффектах.

В некоторых случаях также были включены исследования лечения дисульфирамом. Это лечение менее хорошо изучено, особенно не очень понятны изменения алкогольного поведения, как это происходит при специфических методах лечения; оно также приводит к более худшим результатам.

**Психиатрическая коморбидность.** В этот анализ были включены только группы с определенной психиатрической коморбидностью. Использование СИОЗС или других антидепрессантов для того, чтобы изменить употребление алкоголя не было включено в этот анализ, но было проанализировано отдельно. Шесть из семи исследований показывают положительные эффекты лечения депрессии антидепрессантами [1, 7, 21, 24]. Только в одном исследовании был эффект, наблюдаемый относительно потребления алкоголя [21]. В трех из четырех исследований использование буспирона показало положительный эффект при тревожности [13, 26, 41] и один отрицательный, и каждый показал эффект на употребление алкоголя пациентом [26]. В одном исследовании при социальной фобии пароксетин имел положительный эффект на психиатрические симптомы при АЗ [30].

**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 [10, 11] и для того, чтобы заставить зависимых от алкоголя пациентов входить в долгосрочные программы лечения алкоголизма, и для того, чтобы лечить некоторых зависимых от алкоголизма пациентов, для которых цель – воздержание [National Institute on Alcohol Abuse] Вообще проводимое лечение из четырех или менее количестве сессий, каждая из которых длится от нескольких минут до часа в зависимости от тяжести алкогольной проблемы пациента, разработано для работников здравоохранения, которые не являются специалистами в аддиктологии.

Краткосрочные вмешательства представлены предоставлением краткой информацией (5 мин) или консультированием (от 10 до 15 мин), до 60-минутного вмешательства. В одном исследовании, вмешатель-

ство 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 [12, 14, 18, 20].

Качество в 25 из 27 исследований было высоким, хорошим или умеренным, в то время как в 2 статьи качество было удовлетворительным. Семь исследований были проведены на больших группах пациентов, от 516 до 1559 субъектов (всего 5691). Следует отметить, что качество исследований было сравнимо с таковым в эквивалентных исследованиях в других областях. Мета-анализ исследований не был признан значимым, потому что критерии включения, методы вмешательства и показатели результатов были слишком неоднородны [15].

В 18 из 25 РКИ – по крайней мере, среднего качества краткосрочные вмешательства имели значительный положительный эффект. Эти исследования включали 187 812 физических лиц, 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 количество пациентов и были высокого качества [10, 11, 33, 38, 44, WHO Brief Intervention Study Group, 1996]. В этих семи исследованиях, вмешательство в рамках краткосрочного консультирования в виде когнитивной терапии колебалась от шести до девяти сессий в течение 1 года. В двух из этих исследований, отмечена достоверная разница в снижении потребления алкоголя и достоверная разница в снижении уровня ГГТ. Кроме того, два из этих исследований показали значительное снижение числа дней нетрудоспособности и одно исследование показало значительное снижение количества новых травм и необходимость стационарного лечения.

Два недавних исследования обратили внимание на долгосрочные последствия краткосрочных вмешательств. Одно из этих исследований показало снижение смертности, связанной с алкоголем с 10 до 16 лет [34]. Долгосрочные (10 лет) эффекты краткосрочного

вмешательства были отрицательными в другом исследовании [45].

Шесть исследований, которые показали положительные эффекты по потреблению алкоголя, были выполнены на стационарных пациентах. Дальнейшие достоверные результаты этих исследований показали снижение уровня ГГТ и уменьшение проблем, связанных с алкоголем в одном исследовании и уменьшение психосоциальных проблем и количества посещений врача в другом исследовании. Меньше алкогольных проблем, больше личного благополучия и лучшая работоспособность были показаны в одном исследовании. Уменьшение отпуска по болезни, снижение новых травм и необходимость стационарного лечения было зафиксировано в двух исследованиях.

Восемь исследований, которые сообщили об отсутствии эффектов включали значительно меньшее количество субъектов. Это увеличивает вероятность не обнаружения фактических отличий между сравниваемыми группами. В трех исследованиях с отрицательными результатами, не было никакой контрольной группы, а было фактически сравнение кратких консультирований врача с более интенсивными формами вмешательств. В четырех других исследованиях с отрицательным результатом, потребление алкоголя снизилось во всех группах, а в двух группах было отмечено значительное снижение уровня ГГТ, в то время как не было никаких существенных различий между различными видами вмешательств. Другими эффектами, которые наблюдались в четырех исследованиях, были значительное сокращение масштабов зависимости в обеих группах, улучшение физического состояния во всех трех группах, значительное снижение артериального давления в группах, где осуществлялось вмешательство.

Об эффективности краткосрочных интервенций у женщин можно было лучше судить на основании результатов более крупных и лучших исследований. В исследовании Fleming [10], 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 [44] 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 имеет 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.

Edwards and Rollnick [17] указали на проблемы отсева, когда оценки воздействия основаны только на тех, кто мог получить интервью на 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 проблемно пьющих, которые были выявлены в первичном звене здравоохранения и были согласны принимать вмешательства. Единственное исключение это исследование Elvy [18], в которое вошли молодые сильно пьющие (средний возраст 29 лет). В других исследованиях, средний возраст варьируется от 30 до 65 лет (обычно > 40 лет). 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 [40], тех, кто не был результативен выпивал значительно больше, имел больше проблем с алкоголем и больше курил, чем остальные.

Хотя последствия краткосрочных вмешательств были показаны во многих РКИ, метод использовали лишь в ограниченной степени. Трудности включения краткосрочных вмешательств с подпрограммами первичной помощи и мотивирования сотрудников здравоохранения для выполнения новых видов деятельности очевидны. После одного дня образования имеются некоторые наблюдения, что только 35 врачей и медсестер провели 45 случаев подходящих краткосрочных вмешательств в течение 6 месяцев [8]. Авторы пришли к выводу, что этого достаточно, для того, чтобы обучить медицинский персонал краткосрочным вмешательствам. Тем не менее, более эффективные методы скрининга необходимы для раннего выявления проблемно пьющих. Это также необходимо, потому что некоторые врачи и медсестры не могли быть заинтересованы в решении проблем с алкоголем. Недавно опубликованное исследование в США обнаружили, что 2,5 ч обучения для врачей в использовании краткосрочных вмешательств в сочетании с непрерывной поддержкой удваивает деятельность врачей в этой области [2].

В одном РКИ [3] было показано, что можно повысить как скрининг, так и краткосрочные интервенции. В этом исследовании, скрининг был проведен в рамках обычного приема пациента. С помощью двух пунктов скрининга-анкеты медсестрам удалось оценить алкогольные привычки в 1195 (90%) их 1328 пациентов в течение 4 месяцев. Из этих пациентов 36% име-

ли рискованный уровень потребления алкоголя и примерно 30% из них приняли решение об обращении к наркологу. Это хороший результат по сравнению с пациентами, обращавшихся к обычным участковым врачам. Из них 20% дали направление к наркологу. Авторы пришли к выводу, что количество пациентов, получавших адекватное консультирование при рутинном использовании скрининга на рискованное употребление алкоголя увеличилось.

Можно сделать вывод, что выявление и лечение ранних алкогольных проблем имеет потенциально большое значение. Эффект лечения от этой процедуры такой, как достигается при многих распространенных медицинских процедурах для хронических заболеваний.

Различные краткосрочные вмешательства были изучены в 27 рандомизированных исследованиях на 10 000 субъектах. Исследования проводились главным образом в англоговорящих странах Скандинавии. Вмешательства были представлены в основном в первичном здравоохранении и проводились врачами или медсестрами. Однако схема оптимального лечения остается неясной. Более обширные вмешательства, проведенные последовательно, не имели больших преимуществ. В большинстве исследований, значительный эффект краткосрочных вмешательств на потребление алкоголя был показан в последующих 2-х летних мероприятиях. Неясно, является ли ремиссия более 2 лет результатом однократного воздействия или повторением нескольких вмешательств. Есть также трудности применения результатов исследований в повседневной медицинской помощи.

**Когнитивно-поведенческая терапия.** Цель СВТ состоит в том, чтобы обучать пациентов новому ролевому поведению, помочь справиться со стрессовыми ситуациями и влечением к алкоголю.

Раннее выявление и краткосрочное вмешательство подчеркивает, что это возможно для людей, которые хотят изменить их проблемные модели употребления алкоголя [9]. В основе этого подхода лежит представление, что это возможно для людей, которые хотят научиться пить ответственно, особенно, если проблемы диагностированы рано и могут стать серьезными. Краткосрочные вмешательства были испытаны в разных культурах и было установлено, что они широко эффективны в снижении проблематичного употребления алкоголя. Они также успешно применяется при лечении различных групп населения, в том числе молодых людей с алкогольными проблемами. Еще одно преимущество этого подхода состоит в том, что они быстро и эффективно контролируются, и, следовательно, могут быть реализованы в тех местах, где ресурсы могут быть недостаточны.

Подход подкрепление сообществом включает в себя поведенческие методы, направленные на поддержку человека в преодолении зависимости. В общем, это является наиболее подходящим для тех, кто страдает алкогольной зависимостью или имеет серьезные проблемы. Подход определяет ситуации с высокой степенью риска, которые способствуют и содействуют проблемному употреблению индивида и обучает па-

циента навыкам, направленным на решение проблем и на недопущение подобных ситуаций. Навыки включают профессиональное обучение, развлекательные мероприятия, семейное консультирование консультации и избегание ситуаций, где риск употребления и пьянства высок. Пациентам также преподаются навыки избегания рецидивов.

Психологическая терапия и авersive терапия также используются для уменьшения проблематичного употребления [29]. Аверсивная терапия зависит от ассоциирования алкоголя с высоким негативным контекстом (например, тошноты при приеме различных лекарственных препаратов, таких как антабус) или других негативных сигналов. Другие методы включают преподавание социальных навыков, чтобы справиться со стрессорами и содействовать решению проблем или развитие навыков, направленных на сокращение или контроля употребления (например, отказ или просто потягивание напитков). Психотерапия используется как подход к общим проблемам употребления алкоголя, а также для алкогольной зависимости.

### Терапия повышения мотивация

Этот метод рекомендован для того, чтобы заставить пациентов использовать свои собственные ресурсы по обеспечению изменения поведения.

Мотивационное интервьюирование сосредоточено на идее, что люди с проблемным характером употребления алкоголя могут признать негативные аспекты их поведения, но нуждаются в помощи при принятии решений, чтобы его изменить. Это достигается за счет мотивационных методов, чтобы поощрять пациента, чтобы установить реалистичные и достижимые цели, используя положительный результат воздействия к стимулированию и подерживанию прогресса к изменениям. Подход ориентирован на пьющих с проблемами, но не при тяжелой зависимости, и его конечной целью является изменение стиля употребления, а не воздержание.

Метод был самым эффективным у пациентов с высокими уровнями гнева и у пациентов из тяжелой пьющей социальной окружающей среды.

Тяжелые алкогольные проблемы являются часто хроническими и рецидивирующими. Даже умеренный алкоголизм часто вызывает проблемы рецидива. Однако, большинство исследований лечения в области наркологии, включенные рандомизированные исследования в этот обзор, не были оптимально разработаны, для изучения лечения в отдаленной перспективе. Обычно были изучены эффекты различных типов лечебных вмешательств длящихся 1–3 месяца. Иногда, периодичность оценки контакта или ухода за выздоравливающими была до 1 года, что возможно связать с эффектом от лечения. Эффекты лечения обычно оценивались в течение 12 месяцев после начала лечения. Хотя это ограничивает возможности для того, чтобы делать выводы относительно продолжительности, но это, также отражает клиническую действительность, в которой большинство видов лечения являются краткосрочными или не ограниченными по времени.

Есть потребность в дальнейших исследованиях стабильности эффектов лечения за более длительные периоды, а, так же, как и эффектов менее интенсивного лечения с большей продолжительностью. Другое важное заключение этого обзора состоит в том, что вмешательства по поводу алкогольных проблем должны быть дифференцированы согласно тяжести АЗ. Хотя алкоголизм в его самой явной форме – хроническое заболевание, но свойственно меньшинству всех людей с алкогольными проблемами (Institute of Medicine, 1990). Для людей с менее явной зависимостью количество и продолжительность лечения имеют меньше значения. Для этой группы самоконтроль или несколько процедур лечения имеют как хорошие или наилучшие эффекты, чем более обширное лечение. Rychtarik [43] сообщили относительно соответствия эффектов между тяжестью проблемы и стационарной/амбулаторной медицинской помощью. У пациентов с большей тяжестью проблем было больше трезвых дней, если они получили больше стационарного лечения, и, наоборот, у пациентов с менее выраженными алкогольными проблемами было больше трезвых дней, если они лечились в амбулаторной медицинской сети, чем в стационаре. Исследование Holder [5] показало, что краткосрочное лечение (терапия повышения мотивации) рентабельно, но еще более высокая рентабельность достигнута у пациентов с определенными прогностически неблагоприятными факторами (например, высокий уровень тяжести алкоголизма или психическая сопутствующая патология) при более обширном лечении (лечение в программе 12 шагов или когнитивно-поведенческая терапия).

### Выводы

1. Краткосрочные профилактические вмешательства потребителей услуг здравоохранения, которые предназначаются для рискованных уровней потребления алкоголя, эффективны в сокращении потребления алкоголя в течение 2 лет.

2. Много психо-социологических методов лечения с ясной структурой и хорошо определенными вмешательствами имеют благоприятные эффекты на алкоголизм. Эти методы включают когнитивно-поведенческую терапию, лечение по программе 12-шагов, структурированную интерактивную терапию, структурированную современную динамическую терапию, увеличивающую мотивацию к лечению, терапию партнера и стратегии, которые вовлекают семью в лечение.

3. Эффекты многих психо-социологических методов лечения (например, общая рекомендация) не были с научной точки зрения доказаны.

4. В краткосрочном лечении зависимости акампросатом и налтрексоном имели такие же эффекты, как и при приеме дисульфирама, если его прием подкрепляется контролем за приемом препарата.

5. Научное свидетельство показывает, что лечение антидепрессантами и буспироном уменьшает депрессию и тревогу, но не оказывает положительных эффектов на алкоголизм и коморбидные психические расстройства у алкоголиков.

**Литература**

1. A double-blind placebo-controlled trial of desipramine in primary alcoholics stratified on the presence or absence of major depression / B. J. Mason [et al.] // *JAMA*. – 1996. – Vol. 275. – P. 1–7.
2. Alcohol counselling. Physicians will do it / A. Adams [et al.] // *Gen. Intern. Med.* – 1998. – Vol. 13. – P. 692–698.
3. Alcohol counselling in a general medicine clinic. A randomised controlled trial of strategies to improve referral and show rates / H. I. Goldberg [et al.] // *Med. Care (7 Suppl)*. – 1991. – Vol. 29 – P. 49–56.
4. 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.
5. Alcohol treatment and medical care costs from Project MATCH / H. D. Holder [et al.] // *Addiction*. – 2000. – Vol. 95. – P. 999–1013.
6. Alden, L. E. Behavior self-management controlled-drinking strategies in a context of secondary prevention // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1988. – Vol. 56. – P. 280–286.
7. Alcoholism and depression: a placebo controlled study with viloxazine / A. C. Altamura [et al.] // *Int. J. Clin. Pharmacol. Res.* – 1990. – Vol. 10. – P. 293–298.
8. Dilemmas in implementing alcohol-related secondary prevention in primary care using a behavioural method / E. Arborelius [et al.] // *Eur. Addict. Res.* – 1997. – Vol. 3. – P. 150–157.
9. Bien, T. H. Brief interventions for alcohol problems: a review / T. H. Bien, W. R. Miller, J. S. Tonigan // *Addiction*. – 1993. – P. 315–335.
10. 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.
11. Brief physician and nurse practitioner delivered counselling for high-risk drinkers / J. K. Ochene [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 1999. – Vol. 159. – P. 2198–2205.
12. Brown, R. Conventional education and controlled-drinking education courses with convicted drunken drivers / R. Brown // *Behav. Ther.* – 1980. – Vol. 10. – P. 632–642.
13. Bruno, F. Buspirone in the treatment of alcoholic patients / F. Bruno // *Psycho-pathology*. – 1989. – Vol. 22. – P. 49–59.
14. 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.
15. Chick, J. Advice versus extended treatment for alcoholism: a controlled study / J. Chick [et al.] // *Br. J. Addict.* – 1988. – Vol. 83. – P. 159–170.
16. Combined efficacy of acamprosate and disulfiram in the treatment of alcoholism: a controlled study / J. Besson [et al.] // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 1998. – Vol. 22. – P. 573–579.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Fluoxetine in depressed alcoholics. A double-blind, placebo-controlled trial / J. R. Cornelius [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1997. – Vol. 54. – P. 700–705.
22. Gossop, M. The treatment mapping survey. A descriptive study of drug and alcohol treatment responses in 23 countries / M. Gossop // *Drug and Alcohol Dependence*. – 1995. – Vol. 39. – P. 7–14.
23. Hudolin, V. L. Alcoholism programme at the University Department for Neurology, Psychiatry, Alcoholology and other dependencies / V. L. Hudolin // *Alcoholism: Journal on Alcoholism and Related Addictions*. – 1984. – Vol. 20(1–2). – P. 3–51.
24. Imipramine treatment of alcoholics with primary depression: a placebo-controlled clinical trial / P. J. McGrath [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1996. – Vol. 53. – P. 232–240.
25. Imipramine treatment of alcoholism with comorbid depression / E. V. Nunes [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – P. 963–965.
26. Kranzler, H. R. Efficacy of naltrexone and acamprosate for alcoholism treatment: a meta-analysis / H. R. Kranzler, V. Kirk // *J. Alcohol Clin. Exp. Res.* – 2001. – Vol. 25. – P. 1335–1341.
27. Multicentre Acamprosate Study (UKMAS): a 6 month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol / J. Chick [et al.] // *Alcohol*. – 2000. – Vol. 35. – P. 176–187.
28. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence / J. H. Krystal [et al.] // *N. Engl. J.* – 2001. – Vol. 345. – P. 1734–1739.
29. Cognitive-behavioral alcohol treatment / G. A. Parks [et al.] // *International handbook of alcohol dependence and problems*. – 2001. – P. 557–573.
30. Paroxetine for social anxiety and alcohol use in dual-diagnosed patients / C. L. Randall [et al.] // *Depression & Anxiety*. – 2001. – Vol. 14. – P. 255–262.
31. Physicians' opinions about medications to treat alcoholism / T. L. Mark [et al.] // *Addiction*. – 2003. – Vol. 98. – P. 617–26.
32. Poldrugo, F. Acamprosate treatment in a long-term community-based alcohol rehabilitation programme / F. Poldrugo // *Addiction*. – 1997. – Vol. 92. – P. 1537–1546.
33. 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.
34. Prevention of alcohol-related deaths in middle-aged heavy drinkers / H. Kristenson [et al.] // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 2002. – Vol. 26. – P. 478–484.
35. Room, R. Typologies of the cultural position of drinking / R. Room, K. Makela // *J. Stud. Alcohol*. – 2000. – Vol. 61, № 3. – P. 475–483.
36. Roussaux, J. P. Does acamprosate diminish the appetite for alcohol in weaned alcoholics? / J. P. Roussaux, D. Hers, M. Ferauge // *J. Pharm. Belg.* – 1996. – Vol. 51. – P. 65–68.
37. Roy, A. Placebo-controlled study of sertraline in depressed recently abstinent alcoholics / A. Roy // *Biol. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 44. – P. 633–637.
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. Srisurapanont, M. Opioid antagonists for alcohol dependence. Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: a meta-analysis of randomized controlled trials Alcohol / M. Srisurapanont, N. Jarusuraisin // *Alcohol*. – 2001. – Vol. 36. – P. 544–552.
40. 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.



41. *Tollefson, G. D.* The association of buspirone and its metabolite 1-pyrimidinylpiperazine in the remission of comorbid anxiety with depressive features and alcohol dependency / G. D. Tollefson, S. P. Lancaster, J. Montague-Clouse // *Psychopharmacol Bull.* – 1991. – Vol. 27. – P. 163–170.

42. *Treatment of Alcohol Abuse: An Evidence-Based Review* / M. Berglund [et al.]. – 2003. – Vol. 27, № 10. – P. 1645–1656.

43. *Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to inpatient versus outpatient*

*care* / R. G. Rychtarik [et al.] // *J. Clin. Consult. Psychol.* – 2000. – Vol. 68. – P. 277–289.

44. *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.

45. *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.

*Поступила 10.02.2016 г.*