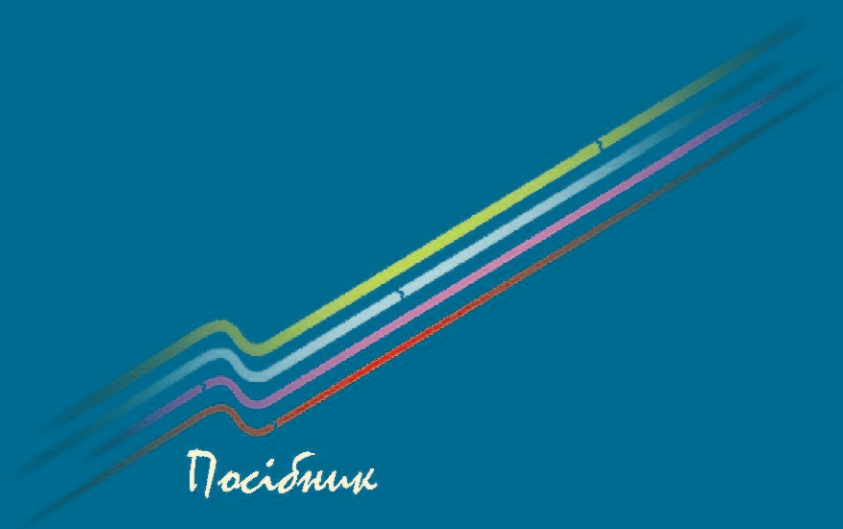


ДОСЛІДЖЕННЯ  
з етіології,  
профілактики та лікування  
хімічних залежностей:  
конспекти основних статей

---

Частина 1

---



# **CAPACITY BUILDING FOR LIFESPAN FOCUSED SUBSTANCE USE DISORDER RESEARCH IN UKRAINE**

*A partnership between  
University of Michigan Addiction Research Center and Dept. of Psychiatry, Ann Arbor, MI, USA  
Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse (URISFPDA),  
Ministry of Health of Ukraine, Kyiv  
National University of Kyiv-Mohyla Academy, School of Public Health, Kyiv*

## **Дослідження з етіології, профілактики та лікування хімічних залежностей: конспекти основних статей**

### **Частина 1**

### **ПОСІБНИК**

*Видання створено в рамках українсько-американського проекту «Capacity building for lifespan focused substance use disorder research in Ukraine» за фінансової підтримки програми сприяння розвитку інфраструктури досліджень залежності Національного Інституту Здоров'я (NIH), Міжнародного Центру Фогерті (FIC), Національного Інституту Зловживання Наркотиками (NIDA), Національного Інституту Зловживання Алкоголем та Алкоголізму (NIAAA). Адміністрування цієї програми здійснюється Центром Дослідження Залежностей Університету Мічигану (UMARC).*

**Не для продажу.**

**Право власності на наведені статті залишається за правовласниками.  
Конспекти статей можна використовувати виключно для приватного навчання,  
а також для академічних і науково-дослідницьких цілей.**

**Харків 2015**

УДК 613.81/84+616.83  
ББК 56.14 (4 укр)  
Д 70

Під загальною редакцією доцента **О. О. Сердюка** та **В. В. Бурлаки**

**Автори-перекладачі:**

*Під перекладом мається на увазі складання конспекту (скороченої версії) статті. Література подається без змін у форматі оригінального видання.*

**Бурлака Віктор** (1.1, 4.8, 4.9, 9.4);  
**Волошина Діана** (розділ 3, 2.5, 2.6);  
**Грига Ірена** (розділ 13);  
**Жабенко Наталія** (розділ 10);  
**Жабенко Олена** (розділ 12);  
**Колоколова Анастасія** (2.1, 2.2, 2.3, 10.1);  
**Гайдабрус Андрій** (2.1);  
**Сердюк Олексій** (розділ 11);  
**Чуракова Юлія** (розділ 4; 1.4, 2.4, 10.2);  
**Юрченко Ольга** (розділ 9);  
**Якунчикова Олена** (розділ 5, 6, 7, 8, 10.1, 10.3; 1.2, 1.3, 1.5, 1.6).

Д 70                    **Дослідження** з етіології, профілактики та лікування хімічних залежностей: конспекти основних статей. Частина 1. посібник / Кол. авт.; За заг. ред. доцента О.О. Сердюка та В.В. Бурлаки. — Харків : Діса плюс, 2015. — 478 с.  
ISBN 978-617-7064-52-6

Видання знайомить читачів з науковими публікаціями з різних аспектів досліджень хімічних залежностей. В нього включено конспекти більше 100 статей та оглядів, які відображають найкращий світовий досвід в дослідженнях щодо зловживання психоактивними речовинами і клінічної практики з клієнтами, які мають хімічні залежності. Для практиків та науковців, а також усіх, кого цікавлять проблеми лікування та профілактики хімічних залежностей.

Це перша частина запланованої серії видань, у яких будуть зібрані наукові публікації фахівців з різних країн світу. У цій публікації переважно відображений досвід науковців США та, деякою мірою, Західної Європи, який є взірцем проведення досліджень у цій галузі.

**УДК 613.81/84+616.83**  
**ББК 56.14 (4 укр)**

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                                            |  |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|
|                                                                                                                                                                            |  | стор. |
| <b>ПЕРЕДМОВА</b>                                                                                                                                                           |  | 8     |
| <b>Розділ 1. Загальне підґрунтя досліджень залежності.</b>                                                                                                                 |  | 10    |
| 1.1. Посібник з діагностики і статистики психіатричних розладів Американської психіатричної асоціації — Розлади пов'язані з уживанням психоактивних речовин та залежністю. |  | 10    |
| 1.2. Зображення мозку людини з залежністю.                                                                                                                                 |  | 11    |
| 1.3. Методи клінічної цінності: який використати та наскільки вони корисні?                                                                                                |  | 16    |
| 1.4. Експертна оцінка та імпакт-фактор наукового журналу: два стовпи сучасної медичної публікації.                                                                         |  | 20    |
| 1.5. Психіатрія та індекс Гірша: співвідношення між імпакт-фактором журналу та накопиченим цитуванням.                                                                     |  | 21    |
| 1.6. Різноманіття, цінність та обмеження імпакт-фактора журналу та альтернативних показників.                                                                              |  | 24    |
| <b>Розділ 2. Визначення та категоризація розладів хімічної залежності.</b>                                                                                                 |  | 28    |
| 2.1. Визначення залежності.                                                                                                                                                |  | 28    |
| 2.2. Чи є неоднорідність серед синдромів розладу вживання психоактивних речовин, які є нелегальними наркотичними засобами?                                                 |  | 32    |
| 2.3. Синдром алкогольної залежності: визначення як стимул до дослідження.                                                                                                  |  | 33    |
| 2.4. Наркозалежність як хронічне медичне захворювання — відповідь на лист читачів.                                                                                         |  | 40    |
| 2.5. 10 найважливіших речей, відомих про залежність.                                                                                                                       |  | 42    |
| 2.6. Синдром залежності від опіатів: реплікаційне дослідження з використанням SODQ у клініці Нью-Йорка.                                                                    |  | 49    |
| <b>Розділ 3. Психопатологія розвитку — погляд на вживання і зловживання психоактивними речовинами з урахуванням факторів на різних етапах життя.</b>                       |  | 51    |
| 3.1. Перспектива розвитку алкоголізації молоді віком від 16 до 20 років.                                                                                                   |  | 51    |
| 3.2. Зловживання психоактивними речовинами як перешкода припиненню антисоціальної поведінки молодих людей.                                                                 |  | 55    |
| 3.3. Жіночі та чоловічі антисоціальні траєкторії: від дитячих витоків до дорослих наслідків.                                                                               |  | 58    |
| 3.4. Патологічне ураження алкоголем: порушення розвитку в молодому віці.                                                                                                   |  | 67    |
| 3.5. Передбачення проблеми вживання алкоголю на етапі переходу від дитинства до дорослого віку: чому ми навчилися?                                                         |  | 77    |
| 3.6. Ранні процеси розвитку і спадкоємність ризику уживання та проблемного уживання алкоголю неповнолітніми.                                                               |  | 82    |
| 3.7. Аналіз контрольованого / розгальмованого шляху до виникнення розладів, пов'язаних з уживанням наркотичних речовин: багаторівнева проблема розвитку.                   |  | 95    |
| <b>Розділ 4. Дитячі та підліткові предиктори проблемного споживання алкоголю, наркотиків і хімічної залежності.</b>                                                        |  | 102   |
| 4.1. Конструкт імпульсивності та її зв'язок з алкоголізмом.                                                                                                                |  | 102   |
| 4.2. Дитячі та підліткові предиктори вживання алкоголю та наявності пов'язаних із цим проблем у дорослому віці.                                                            |  | 107   |
| 4.3. Дитячі та підліткові фактори сильного пиття і розладів, пов'язаних з алкоголем                                                                                        |  | 109   |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                       |     |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|                  | 4.4. Аналітичний огляд: дефіцит уваги й гіперактивність у дитинстві і зловживання психоактивними речовинами.                                                                                                                          | 114 |
|                  | 4.5. Теорія планованої поведінки: попередники вживання марихуани в ранньому підлітковому віці.                                                                                                                                        | 121 |
|                  | 4.6. Обґрунтування вікового підходу до вживання алкоголю неповнолітніми.                                                                                                                                                              | 126 |
|                  | 4.7. Підліткові фактори ризику для вживання алкоголем і зловживання ним у дорослому віці.                                                                                                                                             | 138 |
|                  | 4.8. Нейробіхевіоральне розгальмування в дитинстві схиляє хлопців до вживання психоактивних речовин в юності.                                                                                                                         | 147 |
|                  | 4.9. Нейробіхевіоральне розгальмування в дитинстві як предиктор раннього розвитку розладу психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин.                                                                              | 150 |
|                  | 4.10. Проблемне вживання алкоголю: процеси і механізми розвитку від 10 до 15 років.                                                                                                                                                   | 152 |
| <b>Розділ 5.</b> | <b>Етапи розвитку і індивідуальні траєкторії вживання.</b>                                                                                                                                                                            | 165 |
|                  | 5.1. Спільні траєкторії розвитку вживання психоактивних речовин на початку дорослого віку.                                                                                                                                            | 165 |
|                  | 5.2. Передумови початку вживання наркотиків підлітками: аналіз розвитку.                                                                                                                                                              | 168 |
|                  | 5.3. Траєкторії вживання марихуани під час переходу до дорослого віку: результат аналізу національних панельних даних.                                                                                                                | 171 |
|                  | 5.4. Зміни у вживанні психоактивних речовин і трансформації соціальних ролей: проксимальні ефекти розвитку на наявні траєкторії з пізнього підліткового періоду до раннього дорослого віку.                                           | 174 |
|                  | 5.5 Залежність у перспективі розвитку: вплив ступеню тяжкості і підтипу розладу поведінки та синдрому порушення уваги і гіперактивності на ступінь тяжкості і коморбідності у дорослих з опіоїдною залежністю.                        | 178 |
| <b>Розділ 6.</b> | <b>Генетика залежності.</b>                                                                                                                                                                                                           | 181 |
|                  | 6.1. Генетична вразливість і схильність до залежності від психоактивних речовин.                                                                                                                                                      | 181 |
|                  | 6.2. Психіатрична генетика: прогрес і суперечності.                                                                                                                                                                                   | 185 |
|                  | 6.3. Генетика алкогольної залежності.                                                                                                                                                                                                 | 189 |
|                  | 6.4. Вплив сімейної історії алкоголізму на співвідношення між віком початку вживання алкоголю й алкогольною залежністю. Результати Національного лонгітюдного епідеміологічного опитування щодо алкоголю.                             | 193 |
|                  | 6.5. Специфічність дії генетичних чинників і факторів навколишнього середовища на вживання і зловживання/залежність від марихуани, кокаїну, галюциногенів, седативних препаратів, стимуляторів і опіатів у близнюків чоловічої статі. | 195 |
|                  | 6.6. Структура генетичних факторів та чинників навколишнього середовища для поширених психіатричних розладів та розладів, пов'язаних з уживанням психоактивних речовин, серед чоловіків і жінок.                                      | 198 |
|                  | 6.7. Причини і наслідки віку першої спроби алкоголю. Сімейний ризик і спадковість.                                                                                                                                                    | 201 |
|                  | 6.8. Дослідження сімей з алкогольною залежністю. Захворювання на різні розлади у родичів осіб, залежних від алкоголю.                                                                                                                 | 205 |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|                  | 6.9. Генетичні фактори і чинники навколишнього середовища на вживання алкоголю у період від підліткового до раннього дорослого віку.                                                                                                                                                  | 209 |
|                  | 6.10. Погляд на ризик алкоголізму з перспективи поведінки і генетики.                                                                                                                                                                                                                 | 213 |
|                  | 6.11. Уживання алкоголю чи тверезість у віці 14 років? Генетичне епідеміологічне дослідження.                                                                                                                                                                                         | 217 |
|                  | 6.12. Зловживання різними наркотиками серед чоловіків. Роль специфічних і спільних прогностичних факторів.                                                                                                                                                                            | 220 |
|                  | 6.13. Зміни у впливах генів і навколишнього середовища на розвиток нікотинової залежності і великого депресивного розладу від підліткового до раннього дорослого віку.                                                                                                                | 223 |
| <b>Розділ 7.</b> | <b>Тютюнопаління.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 | 227 |
|                  | 7.1. Перехід до регулярного куріння та нікотинової залежності (за Національним опитуванням щодо супутньої захворюваності серед підлітків).                                                                                                                                            | 227 |
|                  | 7.2. Фактори ризику і захисту від нікотинової залежності в підлітковому віці.                                                                                                                                                                                                         | 231 |
|                  | 7.3. Траєкторії розвитку критеріїв нікотинової залежності в підлітковому віці.                                                                                                                                                                                                        | 235 |
|                  | 7.4. Поширеність та психосоціальні детермінанти нікотинової залежності у дев'яти країнах колишнього Радянського Союзу.                                                                                                                                                                | 238 |
| <b>Розділ 8.</b> | <b>Наркотики, алкоголь та здоров'я.</b>                                                                                                                                                                                                                                               | 241 |
|                  | 8.1. Кількість спожитого алкоголю та загальна смертність у чоловіків та жінок. Метааналіз 34 проспективних досліджень.                                                                                                                                                                | 241 |
|                  | 8.2. Уживання психоактивних речовин та здоров'я жінок.                                                                                                                                                                                                                                | 245 |
|                  | 8.3. Залежність під час вагітності.                                                                                                                                                                                                                                                   | 252 |
| <b>Розділ 9.</b> | <b>Коморбідність хімічної залежності з іншими захворюваннями.</b>                                                                                                                                                                                                                     | 256 |
|                  | 9.1. Психіатрична коморбідність і стійкість розладів, спричинених уживанням наркотичних речовин, у Сполучених Штатах Америки.                                                                                                                                                         | 256 |
|                  | 9.2 Коморбідність психічних розладів і нікотинової залежності в підлітковому віці.                                                                                                                                                                                                    | 269 |
|                  | 9.3 Поширеність, кореляти, знижена працездатність та коморбідність при зловживанні алкоголем і алкогольній залежності (діагностованих відповідно до критеріїв DSM-IV) у США. Результати на основі національного епідеміологічного обстеження щодо алкоголю і пов'язаних з ним станів. | 274 |
|                  | 9.4. Інтерналізаційні розлади та розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин у молодому віці: коморбідність, ризики, послідовність виникнення та вплив на лікування.                                                                                                         | 290 |
|                  | 9.5. Мотиви вживання алкоголю як медіатори у зв'язках між симптомами розладів особистості та розладами, що виникли внаслідок уживання алкоголю.                                                                                                                                       | 292 |
|                  | 9.6. Коморбідність: залежність та інші психічні розлади.                                                                                                                                                                                                                              | 300 |
|                  | 9.7. Коморбідність генералізованого тривожного розладу і розладів, що виникли внаслідок уживання психоактивних речовин: результати національного епідеміологічного опитування щодо алкоголю і пов'язаних з ним станів.                                                                | 309 |
|                  | 9.8. Розлади, що виникли внаслідок уживання алкоголю, нікотинова залежність і супутні розлади настрою та тривожні розлади в Сполучених Штатах і Південній Кореї: міжнаціональне порівняння.                                                                                           | 320 |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Розділ 10.</b>  | <b>Профілактика та втручання.</b>                                                                                                                                                                                                                                                           | 328 |
|                    | <i>10.1. Висновки з досліджень профілактичних програм. Національний Інститут Наркології.</i>                                                                                                                                                                                                | 328 |
|                    | <i>10.2 Індивідуальні профілактичні програми, спрямовані на зниження алкоголізації серед студентів коледжів: мета аналіз.</i>                                                                                                                                                               | 332 |
|                    | <i>10.3 Первинна профілактика вживання алкоголем серед підлітків.</i>                                                                                                                                                                                                                       | 335 |
|                    | <i>10.4 Зниження шкоди від вживання алкоголю: зміцнення здоров'я, профілактика та лікування.</i>                                                                                                                                                                                            | 337 |
|                    | <i>10.5 Огляд чинників, які схилиють до вживання наркотичних речовин серед підлітків у розвинених та менш розвинених країнах: чи є інтервенційні програми корисними?</i>                                                                                                                    | 339 |
|                    | <i>10.6 Інтервенції щодо зниження шкідливого впливу вживання психоактивних речовин серед підлітків.</i>                                                                                                                                                                                     | 341 |
|                    | <i>10.7 Заходи щодо профілактики вживання алкоголю неповнолітніми: стан доказової бази, кроки в напрямку впливу на громадське здоров'я.</i>                                                                                                                                                 | 345 |
| <b>Розділ 10.1</b> | <b>Короткотривале втручання.</b>                                                                                                                                                                                                                                                            | 349 |
|                    | <i>10.1.1. Скринінг та короткотривале втручання для зниження вживання марихуани серед молоді у педіатричному відділенні швидкої допомоги.</i>                                                                                                                                               | 349 |
|                    | <i>10.1.2. Коротке мотиваційне інтерв'ю в педіатричному відділенні швидкої допомоги плюс десятиденна телефонна перевірка підвищують кількість спроб припинити вживання алкоголю серед молоді та дорослих молодого віку, які отримали позитивний результат скринінгу на проблемне пиття.</i> | 353 |
|                    | <i>10.1.3. Короткотривалі втручання для проблем з алкоголем: огляд літератури.</i>                                                                                                                                                                                                          | 357 |
|                    | <i>10.1.4. Коротке втручання для зниження шкоди серед старших підлітків, які вживають алкоголь, у відділенні невідкладної допомоги шпиталю.</i>                                                                                                                                             | 362 |
|                    | <i>10.1.5. Ефективність мотиваційного інтерв'ювання як короткотривалого втручання у випадку понаднормового вживання алкоголю: огляд літератури з мета аналізом.</i>                                                                                                                         | 365 |
|                    | <i>10.1.6. Ефект короткотривалого втручання зі зниження жорстокості та вживання алкоголем серед підлітків: рандомізований контрольований експеримент.</i>                                                                                                                                   | 369 |
| <b>Розділ 10.2</b> | <b>Підходи до втручання у соціальному середовищі.</b>                                                                                                                                                                                                                                       | 373 |
|                    | <i>10.2.1. Залучення громад до профілактики вживання алкоголю неповнолітніми.</i>                                                                                                                                                                                                           | 373 |
|                    | <i>10.2.2. Огляд інтервенцій, заснованих на залученні територіальних громад.</i>                                                                                                                                                                                                            | 377 |
| <b>Розділ 10.3</b> | <b>Підходи до профілактики та інтервенції у первинній медичній допомозі.</b>                                                                                                                                                                                                                | 382 |
|                    | <i>10.3.1 Рандомізоване контрольоване дослідження короткого втручання для зниження вживання нелегальних наркотиків зі скринінгом на алкоголь, куріння та вживання психоактивних речовин у пацієнтів закладів охорони здоров'я первинної ланки в чотирьох країнах.</i>                       | 382 |
| <b>Розділ 11.</b>  | <b>Скринінг та діагностика – дії до втручання.</b>                                                                                                                                                                                                                                          | 386 |
|                    | <i>11.1. Практичний посібник з алкогольного скринінгу та короткострокового втручання серед молоді.</i>                                                                                                                                                                                      | 386 |



|                   |                                                                                                                                                                                                            |     |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|                   | 11.2. Допомога пацієнтам, що п'ють забагато: клінічний посібник» та Pocket Guide for Alcohol Screening and Brief Intervention «Короткий посібник з алкогольного скринінгу та короткострокового втручання». | 389 |
|                   | 11.3. Розширений тест для самозвіту про наявність наркологічних розладів DUDIT-E: надійність, валідність та мотиваційний індекс.                                                                           | 392 |
|                   | 11.4. Використання одного запитання для скринінгу на алкогольну залежність серед пацієнтів із травмами.                                                                                                    | 397 |
|                   | 11.5. Психометричні властивості тесту для самозвіту про наявність наркологічних розладів (DUDIT): дослідження серед амбулаторних та стаціонарних пацієнтів.                                                | 400 |
|                   | 11.6. Міні-інтернаціональне нейропсихіатричне інтерв'ю (M.I.N.I.): розробка та валідизація структурованого діагностичного психіатричного інтерв'ю для DSM-IV та МКХ-10.                                    | 403 |
| <b>Розділ 12.</b> | <b>Лікування та практика.</b>                                                                                                                                                                              | 407 |
|                   | 12.1. Поведінкова терапія в наркології.                                                                                                                                                                    | 407 |
|                   | 12.2. Огляд видів поведінкової психотерапії.                                                                                                                                                               | 409 |
|                   | 12.3. Лікування алкогольної залежності в підлітків на основі фактичних даних..                                                                                                                             | 412 |
|                   | 12.4. Метасистемний підхід до практики лікування на основі фактичних даних для дітей та підлітків.                                                                                                         | 418 |
|                   | 12.5. Науково-обгрунтоване лікування та психологічні послуги: погляд з іншого боку для посилення ефективності.                                                                                             | 420 |
|                   | 12.6. Дослідження науково-обгрунтованого лікування: прогрес, обмеження та наступні кроки.                                                                                                                  | 422 |
|                   | 12.7. Науково-обгрунтовані програми в контексті практики та політики.                                                                                                                                      | 424 |
|                   | 12.8. Практичні рекомендації: ще не є ідеальними.                                                                                                                                                          | 426 |
|                   | 12.9. Інтегративна допомога людям з супутніми алкогольними та іншими наркологічними, медичними та психічними проблемами здоров'я.                                                                          | 428 |
|                   | 12.10. Упровадження результатів наукових досліджень у практику: приклад служби виправного впливу для підлітків у керованому медичному обслуговуванні.                                                      | 431 |
|                   | 12.11. Метод соціальної підтримки: оновлення доказів..                                                                                                                                                     | 434 |
| <b>Розділ 13.</b> | <b>Глобальні та міжнародні питання.</b>                                                                                                                                                                    | 439 |
|                   | 13.1. Спектр одужання: від самостійних змін до пошуку лікування.                                                                                                                                           | 439 |
|                   | 13.2. Щодо глобального погляду на вживання алкоголю, тютюну, канабісу та кокаїну: результати світового дослідження психічного здоров'я ВООЗ.                                                               | 445 |
|                   | 13.3. Глобальні проблеми зловживання леткими психоактивними речовинами.                                                                                                                                    | 452 |
|                   | 13.4. Шлях до реалізації стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо обмеження шкідливого вживання алкоголю.                                                                                   | 458 |
|                   | 13.5. Небезпечне вживання алкоголю в колишньому Радянському Союзі: крос-секційне дослідження у восьми країнах.                                                                                             | 462 |
|                   | 13.6. Глобальний тягар хвороб і травм та економічна вартість, пов'язана з уживанням алкоголю та алкогольними розладами.                                                                                    | 468 |
| <b>Додаток 1.</b> | <b>Що таке стандартна доза алкогольного напою?</b>                                                                                                                                                         | 476 |
| <b>Додаток 2.</b> | <b>Патерни уживання алкогольних напоїв в США.</b>                                                                                                                                                          | 477 |



## Розділ 11. Скринінг та діагностика – дії до втручання.

### 11.1. Практичний посібник з алкогольного скринінгу та короткострокового втручання серед молоді.

*NIAAA brief youth screening guide. Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide.*

Посібник сфокусований на ранньому виявленні серед молоді 9–18 років алкогольних проблем та їх профілактиці. Він розроблений командою дослідників NIAAA (Національного інституту зі зловживання алкоголем та алкоголізму) у співпраці з Американською академією педіатрії та клінічними фахівцями-практиками. Посібник ґрунтується на емпіричних дослідженнях предикторів алкогольної залежності, запропоновані скринінгові запитання швидкі та універсальні. На відміну від інших методик, цей посібник містить запитання про споживання алкоголю серед друзів.

Скринінгові запитання можна використовувати в будь-який час, окремо або разом з іншими інструментами, як частину клінічного інтерв'ю, як частину письмового анкетного опитування або комп'ютерного скринінгу до зустрічі з лікарем.

**Показанням до скринінгу молоді на вживання алкоголю** може бути щорічний медичний огляд; відвідування лікаря з гострими захворюваннями; виклик швидкої медичної допомоги або одне з наступного:

- якщо лікар не бачить пацієнта регулярно;
- якщо підлітки курять — вони, найімовірніше, užívають алкоголь;
- якщо наявні умови, пов'язані з підвищеним ризиком зловживання психоактивними речовинами, такі як депресія, тривожність або поведінкові проблеми;
- якщо є проблеми зі здоров'ям, які можуть бути пов'язані з алкоголем, як-от: нещасні випадки або травми; інфекції, що передаються статевим шляхом, або небажана вагітність; зміни в їжі або сні чи безсоння; шлунково-кишкові розлади; хронічні болі;
- якщо наявні суттєві поведінкові зміни, як-от: зростаюча опозиційна поведінка; значні розлади настрою; втрата інтересу до діяльності; зміна друзів; зниження навчальної успішності; велика кількість прогулів у школі.

#### Чотири кроки скринінгу

##### КРОК 1: Поставити два скринінгові запитання.

Одне запитання — про споживання алкоголю друзями пацієнта, друге — про частоту споживання алкоголю самим пацієнтом. Для учнів початкової та середньої школи слід починати із запитання про друзів. Для пацієнтів у віці 11 або 14 років слід вибрати запитання, які відповідають шкільному рівню, а не віку. Також слід виключити вживання алкоголю як частину релігійних обрядів.

**1.1. Для пацієнтів початкової школи (9-11 років)** слід починати із запитання про друзів.

*Запитання 1.* (Друзі: будь-яке вживання.) «Чи є у вас друзі, які вживали пиво, вино або будь-який напій, що містить алкоголь, минулого року?». Будь-яке вживання алкоголю друзями викликає занепокоєння як обтяжувальний фактор.

*Запитання 2.* (Пацієнт: будь-яке вживання.) «Як щодо Вас — чи вживали ви колись більше, ніж кілька ковтків пива, вина чи будь-якого напою, що містить алкоголь?» Будь-яке вживання — високий ризик.

**1.2. Для пацієнтів середньої школи (11–14 років)** слід починати із запитання про друзів.

*Запитання 1.* (Друзі: будь-яке вживання.) «Чи є у вас друзі, які вживали пиво, вино або будь-який напій, що містить алкоголь, минулого року?». Будь-яке вживання алкоголю друзями викликає занепокоєння як обтяжувальний фактор.

*Запитання 2.* (Пацієнт: скільки днів?) «Як щодо Вас — скільки днів у минулому році Ви вживали більше, ніж кілька ковтків пива, вина або будь-якого напою, що містить алкоголь?» Будь-яке вживання — помірний або високий ризик.

**1.3. Для пацієнтів старшої школи (14–18 років)** слід починати із запитання про пацієнта.

*Запитання 1.* (Пацієнт: скільки днів?) «Скільки днів у минулому році Ви вживали більше, ніж кілька ковтків пива, вина або будь-якого напою, що містить алкоголь?» Залежно від кількості днів — низький, помірний або високий ризик.

*Запитання 2.* (Друзі: скільки п'ють?) «Якщо Ваші друзі п'ють, скільки вони випивають за один раз?» Пияцтво друзів (від 3 до 5 і більше стандартних доз за один раз) викликає занепокоєння як обтяжувальний фактор.

**КРОК 2: Поради (для пацієнтів, які не п'ють) та оцінка ризику (для пацієнтів, які п'ють).**

**Якщо пацієнт НЕ П'Є** — перехід до **Кроку 2.1: Поради.**

Тут також є дві можливі альтернативи.

1. Якщо ні пацієнт, ні його друзі не п'ють — схвалюється і заохочується його вибір не пити та обирати друзів, які не п'ють; виявляються і підтверджуються причини залишатись тверезим; якщо з пацієнтом відверті стосунки, йому повідомляють про ризики пиття, пов'язані з порушенням розвитку мозку і залежністю.

2. Якщо пацієнт не п'є, а його друзі п'ють — крім схвалення і всього, що було описано вище, слід поставити запитання нейтральним тоном: «Ви казали, що коли ваші друзі пили, Ви не пили. Розкажіть про це докладніше». Якщо пацієнт зізнається, що все ж таки пив, треба перейти до **Кроку 2.2: Оцінка ризику** для пацієнтів, які пили. Якщо він не пив — треба дізнатись, як він планує залишитись тверезим, коли друзі п'ють. Йому також треба порадити «не їздити в машині з п'яним водієм або з водієм, який вживає наркотики».

На цьому скринінг для пацієнтів, які не п'ють, завершено.

**Якщо пацієнт П'Є** — перехід до **Кроку 2.2: Оцінка ризику.**

Оцінювання ризику відбувається відповідно до табл. 11.1 за трьома ступенями — низький, помірний або високий ризик.

**Таблиця 11.1**

**Оцінка рівня ризику розвитку залежності відповідно до віку та кількості днів, коли пацієнт пив, протягом минулого року**

|       | Скільки днів за минулий рік пацієнт пив |                |               |       |              |
|-------|-----------------------------------------|----------------|---------------|-------|--------------|
| Вік   | 1-5                                     | 6-11           | 12-23         | 24-51 | 52 та більше |
| ≤ 11  |                                         |                |               |       |              |
| 12-15 |                                         |                |               |       |              |
| 16    |                                         |                | Високий ризик |       |              |
| 17    |                                         | Середній ризик |               |       |              |
| 18    | Низький ризик                           |                |               |       |              |

- Низький ризик потребує коротких порад.
- Середній ризик потребує коротких порад або мотиваційного інтерв'ювання.
- Високий ризик потребує короткого мотиваційного інтерв'ювання та можливого направлення на подальшу діагностику або лікування.

Пацієнтів із середнім та високим ризиком слід запитати про їхні алкогольні патерни та про наявність пов'язаних з уживанням алкоголю проблем та ризиків, таких як незахищений секс, зниження навчальної успішності, їзда на машині у стані сп'яніння, бійки та травми, втрата пам'яті. Також треба з'ясувати, чи не вживав пацієнт будь-які інші речовини протягом останнього року, і розглянути можливість застосування інших формалізованих діагностичних інструментів.

### **КРОК 3: Консультація та допомога.**

**Низький ризик.** Потрібно дати коротку пораду кинути пити. Звернути увагу на позитивні моменти — посилювати сильні і здорові рішення пацієнта. Вивчити та усунути вплив друзів, які п'ють.

**Середній ризик.** Якщо пацієнт не має пов'язаних з уживанням алкоголю проблем, потрібно дати коротку пораду, а якщо такі проблеми є — провести коротке мотиваційне інтерв'ювання та запитати, чи знають батьки про його проблеми. Призначити наступну зустріч, найкраще — протягом місяця.

**Високий ризик.** Треба провести коротке мотиваційне інтерв'ювання. Якщо батьки не знають про проблеми пацієнта, потрібно розглянути можливість порушення конфіденційності та запрошення батьків до співпраці, а якщо батьки знають про його проблеми, треба запитати дозволу пацієнта на співбесіду з ними. Розглянути напрямки подальшого оцінювання або лікування, що впливають з оцінки важкості стану пацієнта. Призначити наступну зустріч, протягом місяця.

Для всіх пацієнтів, які п'ють, потрібно розробити план дій щодо скорочення або припинення вживання алкоголю пацієнтом, дати пораду не їздити у стані сп'яніння за кермом або в машині з п'яним водієм, а також призначити поглиблене психосоціальне обстеження на наступному візиті.

### **КРОК 4: Під час подальшого спостереження продовжувати надавати підтримку**

*Центральне запитання:*

**Чи в змозі пацієнт досягнути поставлених цілей і підтримувати їх?**

**Якщо НІ,** пацієнт не в змозі досягнути поставлених цілей і підтримувати їх, потрібно:

- заново обговорити ступінь ризику;
- визнати, що змінюватись важко, що це нормально — не досягти успіху з першої спроби і що досягнення мети — це процес навчання;
- звернути увагу на позитивні моменти: хвалити за чесність і докладені зусилля, зміцнювати сильні сторони пацієнта та підтримувати будь-які позитивні зміни;
- пов'язати пияцтво та його наслідки з проблемами пацієнта для підвищення мотивації;
- виявити та усунути проблеми на шляху досягнення мети;
- розглянути можливе залучення батьків, якщо вони не залучені, та призначення подальшого обстеження;
- підкреслити важливість цілей і планів та обговорити, в міру необхідності, конкретні кроки їх досягнення;
- провести, завершити або оновити комплексне психосоціальне інтерв'ю.

**Якщо ТАК,** пацієнт в змозі досягнути поставлених цілей і підтримувати їх, потрібно:

- зміцнювати і підтримувати продовження дотримання рекомендацій;
- звертати увагу на добре: хвалити за прогрес і підтримувати сильні і здорові рішення;
- виявити майбутні цілі, побудовані на попередніх досягненнях;
- провести, завершити або оновити комплексне психосоціальне інтерв'ю.

**В усіх випадках треба повторювати скринінг щорічно.**

## 11.2. Допомога пацієнтам, що п'ють забагато: клінічний посібник» та Pocket Guide for Alcohol Screening and Brief Intervention «Короткий посібник з алкогольного скринінгу та короткострокового втручання».

*NIAAA brief clinician's assessment guide. Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide.*

Посібник був підготовлений Національним інститутом зі зловживання алкоголем і алкоголізму (NIAAA), під керівництвом лікарів та клінічних дослідників, і містить рекомендації щодо впровадження алкогольного скринінгу та інтервенцій у клінічну практику лікарів широкого профілю.

Посібник передбачає два методи скринінгу: одне запитання (про дні надмірного споживання), призначене для використання під час клінічного інтерв'ю, та стандартизований письмовий опитувальник AUDIT (АУДИТ). Одне запитання в інтерв'ю може бути використане в будь-який час самостійно або спільно з АУДИТ. У деяких випадках можливо попросити пацієнтів заповнити АУДИТ до зустрічі з лікарем. Це забере не більше 5 хвилин, результати можуть бути включені в історію хвороби.

Скринінг містить 4 кроки.

### **КРОК 1: Запитати про вживання алкоголю.**

Запитайте: «**Чи п'єте Ви іноді пиво, вино або інші алкогольні напої?**»

**Якщо НІ** — скринінг завершено.

**Якщо ТАК** — поставте контрольне запитання про кількість днів надмірного споживання алкоголю: «**Скільки днів у минулому році Ви випивали 5 стандартних доз за один раз (для чоловіків) / 4 стандартні дози за один раз (для жінок)?**».

Якщо таких днів не було — треба порадити залишатись «у розумних межах», зменшити споживання, якщо для нього є протипоказання та повторити скринінг наступного року.

*Максимальні межі вживання алкоголю:*

– для здорового чоловіка до 65 років — не більше 4 стандартних доз на день та не більше 14 стандартних доз на тиждень;

– для здорової жінки до 65 років та здорового чоловіка старше 65 років — не більше 3 стандартних доз на день та не більше 7 стандартних доз на тиждень.

Якщо таких днів 1 чи більше — ваш пацієнт має ризикований патерн споживання алкоголю. Для більш повного уявлення про алкогольний патерн пацієнта треба визначити, скільки в середньому він споживає алкоголю протягом тижня, і занести тижневий обсяг споживання алкоголю та кількість днів надмірного вживання алкоголю за минулий рік до спеціальної форми (для подальшої оцінки прогресу в лікуванні). Перехід до Кроку 2.

### **КРОК 2: Виявити алкогольні розлади.**

Треба виявити неадекватні моделі вживання алкоголю, що викликають клінічно значущі порушення або дистрес. Для діагностики зловживання або залежності використовують критерії DSM-IV.

Слід визначити, чи виникала протягом останніх 12 місяців ситуація, коли вживання алкоголю вашим пацієнтом **неодноразово завдало або сприяло**:

- 1) ризику заподіяння шкоди здоров'ю (водіння, керування механізмами, плавання в нетверезому стані);
- 2) виникненню проблем у стосунках (із сім'єю або друзями);
- 3) недостатньому/неналежному виконанню соціальних обов'язків (удом, на роботі, у школі);
- 4) виникненню проблем із законом (арешти або інші правові проблеми).

Якщо відбувалося хоча б одне чи більше з перерахованого — **пацієнт зловживає алкоголем**.

У будь-якому випадку, необхідно перевірити пацієнта щодо наявності в нього симптомів залежності. Слід визначити, чи виникала протягом останніх 12 місяців ситуація, коли у пацієнта **спостерігались такі ознаки**:

- 1) не був у змозі дотримуватись межі вживання алкоголю (неодноразово перевищував дозу);
- 2) не був у змозі зменшити або припинити вживання алкоголю (після повторних невдалих спроб);
- 3) зростання толерантності (необхідність пити більше, щоб отримати той самий ефект);
- 4) синдром відміни (тремтіння, пітливість, нудота, безсоння в разі спроби припинити або зменшити вживання алкоголю);
- 5) пацієнт продовжував пити, незважаючи на проблеми (періодичні фізичні або психологічні проблеми);
- 6) пацієнт збільшив витрати часу на випивку (приготування до випивки або відновлення після вживання алкоголю);
- 7) зменшив витрати часу на інші види діяльності (які раніше були важливі або сприймалися як приємні).

Якщо наявні три або більше з перерахованих ознак — **пацієнт має алкогольну залежність**.

*Залежно від наявності симптомів зловживання або залежності в пацієнта, слід обрати відповідні Кроки 3 та 4.*

#### **I. У випадку ризикованого вживання (без зловживання або залежності):**

##### **КРОК 3: Консультація та допомога (короткострокове втручання).**

Чітко зазначити висновки та рекомендації, пов'язуючи їх із виявленими в пацієнта медичними проблемами.

Визначити готовність пацієнта до змін у вживанні алкоголю.

Якщо пацієнт НЕ готовий змінити власне вживання алкоголю, слід знову висловити занепокоєння алкогольними проблемами пацієнта; заохочувати його до діалогу; визначити перешкоди для змін та підтвердити готовність допомогти.

Якщо пацієнт готовий змінити власне вживання алкоголю, слід допомогти йому поставити чітку мету, домовитись про план її досягнення та забезпечити навчальними матеріалами.

##### **КРОК 4: Під час подальшого спостереження продовжувати надавати підтримку.**

Визначити, чи в змозі пацієнт досягти поставлених цілей, та підтримувати зміни у вживанні алкоголю.

**Якщо НІ** — слід визнати, що змінюватись важко; підтримати позитивні зміни та виявити бар'єри, заново обговорити цілі і план; розглянути можливість пробної абстиненції; розглянути можливість залучення «значущих інших»; переглянути діагноз, якщо пацієнт не в змозі або зменшити вживання алкоголю, або утриматись від нього.

**Якщо ТАК** — слід зміцнювати і підтримувати схильність до дотримання рекомендацій; переглянути цілі, якщо до цього є показання; заохочувати пацієнта повертатись, якщо він не в змозі дотримуватись режиму.

#### **II. За наявності алкогольних розладів (зловживання або залежності):**

##### **КРОК 3: Консультація та допомога (короткострокове втручання).**

Чітко зазначити висновки та рекомендації, пов'язуючи їх із виявленими в пацієнта медичними проблемами. Обговорити цілі щодо змін у вживанні алкоголю. Розглянути

можливість консультації фахівця-нарколога. Розглянути можливість відвідування групи взаємної допомоги. Для залежних пацієнтів слід розглянути можливість стаціонарного лікування та детоксикації, а також медикаментозного лікування. Призначити наступний візит, у тому числі, в разі необхідності, для подальшого медикаментозного лікування.

**КРОК 4: Під час подальшого спостереження продовжувати надавати підтримку.**

Визначити, чи в змозі пацієнт досягти поставлених цілей, та підтримувати зміни у вживанні алкоголю.

**Якщо НІ** — слід визнати, що змінюватись важко; підтримати зусилля щодо зменшення або припинення пиття; пов'язати вживання алкоголю з проблемами пацієнта; розглянути можливості консультації фахівця-нарколога, відвідування групи взаємної допомоги, залучення «значущих інших», а також медикаментозного лікування. Виявити і, якщо треба, звернути увагу на супутні соматичні або психічні розлади.

**Якщо ТАК** — слід зміцнювати і підтримувати схильність до дотримання рекомендацій; скоординувати допомогу з іншими фахівцями, якщо необхідно; призначити медикаментозне лікування алкогольної залежності тривалістю принаймні 3 місяці і, за клінічними показаннями, в подальшому; лікувати супутню нікотинову залежність. Виявити і, якщо треба, звернути увагу на супутні соматичні або психічні розлади.

Слід документувати вживання алкоголю і проводити огляд цілей під час кожного візиту.

**В усіх випадках потрібно повторювати скринінг щорічно.**



### **11.3. Розширений тест для самозвіту про наявність наркологічних розладів DUDIT-E: надійність, валідність та мотиваційний індекс.**

*Berman, A. H., Palmstierna, T., Kallmen, H., & Bergman, H. (2007). The self-report Drug Use Disorders Identification Test — Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational index. Journal of Substance Abuse Treatment, 32, 357–369.*

Модель для послідовного клінічного оцінювання споживання наркотиків, запропонована Інститутом Медицини (США), містить чотири етапи: 1) швидкий первинний скринінг (до 5 хвилин); 2) поглиблений самозвіт пацієнта про проблеми з наркотиками (близько 10-20 хвилин); 3) розширена персональна діагностика (інтерв'ю 30-120 хвилин), ці три кроки передують направленню на лікування; 4) останній крок — повторне оцінювання після лікування.

Для першого етапу авторами було розроблено скринінговий тест з 11 запитань для самозаповнення Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT). Графічно тест розміщено з обох боків аркуша: на лицевому боці 11 скринінгових запитань, на звороті — перелік із 7 категорій наркотичних речовин та 2 категорій наркомістких ліків, якими найчастіше зловживають. Існують інші поширені інструменти для скринінгу: 10-позиційний Drug Abuse Screening Test (DAST); 6-позиційний UNCOPE; коротке скринінгове інтерв'ю CAGE-AID та Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Але DUDIT має три переваги над цими інструментами: 1) на відміну від перелічених тестів, що використовують дихотомічні варіанти відповідей (так/ні), він має шкали поведінкової частоти для кожного запитання; 2) містить перелік наркотиків; 3) придатний для масових досліджень уживання наркотиків.

Для другого етапу клінічного оцінювання вживання наркотиків автори розробили 54-позиційний тест Drug Use Disorders Identification Test — Extended (DUDIT-E), якому присвячена ця стаття.

Для третього етапу розширеної діагностики автори пропонують використовувати такі інструменти, як SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders); CIDI (Composite International Diagnostic Interview); SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) та ASI (Addiction Severity Index). Але інтерв'ю потребує кадрових ресурсів, які можуть бути обмеженими, й інструменти для самозвіту можуть принести користь на цьому етапі.

#### **Теоретичні положення та гіпотези**

Опитувальники DUDIT та DUDIT-E розроблялись та проходили валідацію паралельно. З 21 опитувальника для самозвіту й 13 форм інтерв'ю, які повністю або частково охоплюють проблему наркотиків, було відібрано 18 інструментів для самозвіту і 7 форм інтерв'ю, які були використані як джерела запитань, з яких конструювались опитувальники DUDIT та DUDIT-E. Запитання були згруповані у 13 категорій. Завдяки коментарям 21 експерта (споживача наркотиків) кількість запитань було суттєво скорочено — прибрано незрозумілі та недоречні.

У DUDIT-E навмисно було прибрано блоки запитань про риси характеру, психологічне та соціальне функціонування і кримінальне мислення, для більш легкої та ефективної діагностики на другому етапі клінічного оцінювання споживання наркотиків. Ці блоки запитань присутні в інших інструментах (наприклад, Individual Assessment Profile; Substance Abuse Subtle Screening Inventory-3 або Drug Use Screening Inventory), які можуть бути використані для поглибленого оцінювання пацієнтів з наявними наркологічними проблемами на третьому етапі.

Теоретичне обґрунтування DUDIT-E базується на гіпотезі, що поведінковий вибір «уживати наркотики» відображає очікування від цього позитивного результату. Для активних споживачів наркотиків вибір «уживати наркотики» не обов'язково відображає

відчуття низької самоефективності, а, навпаки, вживання наркотиків може бути сприйняте як адекватна і самоефективна відповідь на законні екзистенціальні потреби. Щоб допомогти «проблемним» споживачам наркотиків, практики мають бути в курсі очікувань позитивних результатів, які мотивують поведінку пошуку наркотиків.

Тест DUDIT-E розміщується на одному аркуші з обох боків. Він містить 4 блоки: оцінювання частоти вживання наркотиків (D) з 10 позицій, оцінювання позитивних (P) та негативних (N) аспектів уживання наркотиків, кожен по 17 позицій, а також готовності до лікування (T) з 10 позицій.

Зіставлення негативних та позитивних аспектів уживання наркотиків дає можливість клієнтам розглянути свою мотивацію споживання наркотиків та усвідомити негативні наслідки власної поведінки. Це дозволяє ввести терапевтичні фактори в «баланс прийняття рішень», через який клієнт підтримує вживання наркотиків.

Крім того, DUDIT-E дає змогу розрахувати «мотиваційний індекс» (MotInd), який базується на зіставленні позитивних (P) та негативних (N) аспектів уживання наркотиків та готовності до лікування (T) і дає змогу оцінити мотивацію на зміну вживання наркотиків:  $MotInd = (N/P)T$ .

Тест не містить посилань на часовий період, якого стосуються запитання, і може використовуватись для оцінювання будь-якого періоду, залежно від потреби дослідника (12 останніх місяців, до ув'язнення або ін.).

### **Методи та експериментальні процедури**

У цій статті здійснено психометричний аналіз надійності, валідності та факторної структури тесту DUDIT-E. Дослідження проводилось у Швеції. Результати ґрунтуються на двох вибіркових сукупностях: 1) споживачі «важких» наркотиків — пацієнти стаціонарних відділень детоксикації (154 респонденти) і 2) споживачі наркотиків, що відбували покарання у системи кримінального правосуддя, у трьох різних в'язницях (92 респонденти). Поряд із клінічним інтерв'ю за критеріями DSM-IV та ICD-10 (інструмент SCAN), респонденти відповідали на запитання DUDIT та DUDIT-E.

### **Результати**

Проведений аналіз показав, що бали за шкалою частоти вживання наркотиків (D) корелюють з діагнозами за DSM-IV як серед споживачів важких наркотиків (у т. ч. і за аналізом сечі), так і серед в'язнів. Повторне тестування з інтервалом у тиждень показало внутрішньокласові коефіцієнти кореляції за шкалами частоти вживання наркотиків (D) = 0,90; оцінювання позитивних ((P) = 0,78) та негативних ((N) = 0,75) аспектів уживання наркотиків, а також готовності до лікування (T) = 0,84. Коефіцієнт альфа Кронбаха становив 0,88–0,95 для шкали P; 0,88–0,93 для шкали N та 0,72–0,81 для шкали T. Аналіз методом головних компонент підтвердив конструктну валідність для шкал P, N, і T.

### **Інтерпретація результатів авторами статті**

Автори вважають, що DUDIT-E спроможний допомогти в розвитку терапевтичного альянсу між лікарем та хворим завдяки наявності шкали (P), яка виявляє джерело амбівалентності споживача наркотиків щодо самого факту споживання. Психометричні характеристики, наведені у статті, доводять, що DUDIT-E — достатньо надійний інструмент для використання у клінічній та дослідницькій практиці.

Мотиваційний індекс (MotInd) має значущу конструктну валідність щодо розрізнення низької, середньої та високої мотивації до зміни залежної поведінки і відображає, на якому етапі зміни перебувають пацієнти відповідно до (TTM) Транстеоретичної моделі зміни (Prochaska & DiClemente, 1986).

Автори заохочують використання DUDIT-E іншими дослідниками та його переклад іншими мовами. Опитувальник наявний у вільному доступі, але автори просять зберігати його макет для подальшого порівняння отриманих іншими дослідниками результатів.

## Література

1. Ali, R., Awwad, E., Babor, T., Bradley, F., Butau, T., Farrell, M., et al. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97, 1183–1194.
2. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
3. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Co.
4. Bergman, H., Wennberg, P., Hammarberg, A., Hubicka, B., & Berglund, M. (2005). AVI-R-2. Alkoholvaneinventoriet—reviderad version—2. Ett frågeformulär för bedömning vid alkoholproblem [AVI-R-2. The Alcohol Use Inventory—Revised—2. A questionnaire for assessment of alcohol-related problems]. Stockholm: Karolinska Institutet.
5. Berman, A. H. (2004). *Enhancing health among drug users in prison*. Unpublished doctoral dissertation, Stockholm University, Stockholm. Available: [www.publications.uu.se/su/theses/abstract.xsql?dbid=65](http://www.publications.uu.se/su/theses/abstract.xsql?dbid=65), ISSN 1651-5390, ISBN 91-7265-809-6.
6. Berman, A. H., & Bergman, H. (2001). DUDIT-projektet: Delrapport 2. Utveckling och kvalitetsskrivning av ett test för identifikation av personer med drogproblem—Fas 2 [The DUDIT project: Interim report no. 2. Development and quality assurance of a test for identification of persons with drug problems—Phase 2]. Stockholm: Karolinska Institutet.
7. Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, 11, 22–31.
8. Berman, A. H., Forsberg, L., Källmén, H., & Hermansson, U. (in preparation). Does motivational interviewing for short-term inpatients in a hospital drug detoxification unit predict treatment adherence three months later?
9. Bransome, M. (1999). Authorized Swedish translation of WHO (1998) schedules for clinical assessment in neuropsychiatry: Chapters 11 and 12. Use of psychoactive substances. Stockholm: Karolinska Institutet.
10. Brown, R. L., & Rounds, L. A. (1995). Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: Criterion validity in a primary care practice. *Wisconsin Medical Journal*, 94, 135–140.
11. Carbonari, J., DiClemente, C., Addy, R., & Pollak, K. (1996). Alternate short forms of the alcohol readiness to change scale. Paper presented at the Fourth international congress on behavioral medicine, Washington, DC.
12. Cicchetti, V. (1994). Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284–290.
13. EMCDDA. (2002). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
14. First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician version*. Washington: American Psychiatric Publishing.
15. Flynn, P. M., Hubbard, R. L., Luckey, J. W., Forsyth, B. H., Smith, T. K., Phillips, C. D., et al. (1995). Individual Assessment Profile (IAP): Standardizing the assessment of substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 213–221.
16. Forsberg, L., & Gfransson, S. (1999). Formulär om vad du tycker om dina drogvanor [Swedish translation of Heather, N., Gold, R. & Rollnick, S. Readiness to Change Questionnaire]. Unpublished manuscript, Karolinska Institutet, Stockholm.
17. Frodlund, Z., & Holmberg, S. (2005). *Inmates' views on the care of drug abusers in prison*. Stockholm: National Council for Crime Prevention (BR2).

18. Frodlund, 2., Holmberg, S., Marklund, F., & O. berg, J. (2005). The Prison and Probation Service's Special Drugs Initiative, vol. 3. Stockholm7 National Council for Crime Prevention (BR2).
19. Frodlund, 2., Marklund, F., & O. berg, J. (2003). Providing care for drug users in prison. An evaluation of the special anti-drugs effort within the prison service. Stockholm7 National Council for Crime Prevention (BR2).
20. Galanter, M., & Kleber, H. D. (Eds.). (1999). Textbook of substance abuse treatment. Washington, DC7 American Psychiatric Press. Gruenewald, P. J., & Klitzner, M. (1990). Results of preliminary POSIT analyses. NIDA: Pacific Institute for Research and Evaluation.
21. Guttormsson, U. (2003). Mo.nstrandes drogvanor 2002 [Military conscripts' drug habits 2002]. Stockholm7 CAN—Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs ([www.can.se](http://www.can.se)).
22. Heather, N., Gold, R., & Rollnick, S. (1991). Readiness to Change Questionnaire. Unpublished manuscript, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australia.
23. Hoffman, N. G., Hunt, D. E., Rhodes, W. M., & Riley, K. J. (2003). UNCOPE: A brief substance dependence screen for use with arrestees. *Journal of Drug Issues*, 33, 29– 44.
24. Institute of Medicine. (1990). Broadening the base of treatment of alcohol problems. Washington, DC7 National Academy Press.
25. Knight, J. R., Holcom, M., & Simpson, D. (1994). TCU Psychosocial Functioning and Motivation Scales: Manual on psychometric properties Available at: <http://www.ibr.tcu.edu/pubs/datacoll/tcutreatment.html>.
26. Korkmaz, S., Nordgren, H., Berman, A. H., Beck, O., & Palmstierna, T. (submitted for publication). A comprehensive investigation of polydrug abuse in heavy drug users. *Drug & Alcohol Dependence*.
27. Lazowski, L. E., Miller, F. G., Boye, M.W., & Miller, G. A. (1998). Efficacy of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory-3 (SASSI-3) in identifying substance dependence disorders in clinical settings. *Journal of Personality Assessment*, 71, 114– 128.
28. Lessler, J. T. (1995). Choosing questions that people can understand and answer. *Medical Care*, 33 (Suppl. 4), 203– 208.
29. Lessler, J. T., & Forsyth, B. H. (1996). A coding system for appraising questionnaires. In R. H. Schwartz, & S. Sudman (Eds.), *Answering questions* (pp. 259– 291). San Francisco7 Jossey-Bass.
30. Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., & Langrod, J. G. (Eds.). (1997). *Substance abuse: A comprehensive textbook*, (3rd ed.) Baltimore7 Williams & Wilkins.
31. McConaughy, E. A., DiClemente, C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), short form for drugs. Unpublished manuscript.
32. McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., et al. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
33. Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100, 304–316.
34. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*, (2nd ed.). New York7 Guilford.
35. Miller, W. R., & Tonigan, S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages Of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81– 89.

36. Nathan, J. H., Wylie, A. M., & Marsella, A. J. (2001). Attribution and serious mental illness: Understanding multiple perspectives and ethnocultural factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 350–357.
37. Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*, (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
38. Berg, D. (2000). Swedish translation of McCaughy, E. A., DiClemente, C., Prochaska, J. O., & Velicer, W.F. (1983) University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), short form for drugs.
39. Unpublished manuscript.
40. Peters, R., Greenbaum, P. E., Steinberg, M. L., Carter, C. R., Ortiz, M. M., Fry, B. C., et al. (2000). Effectiveness of screening instruments in detecting substance use disorders among prisoners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 349–358
41. Prochaska, J., & DiClemente, C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*, (pp. 3–28). New York: Plenum Press.
42. Robins, L. N., Cottler, L. B., & Babor, T. (1986). The WHO/ADAMHA CIDI-SAM interview. Geneva: WHO.
43. Rönnerberg, S. (1995). Konsekvenser av alkohol-och drogvanor/Trosatser om bruk av beroendeskapa medel [Consequences of Alcohol and Drug Use Questionnaire/Beliefs About Use of Substances That Induce Dependence]. In S. Rönnerberg (Ed.), *Dynamisk kognitiv beteendeterapi för missbruksproblem—en vägledning för behandlingsarbete* [Dynamic cognitive-behavior therapy for substance abuse problems]. Stockholm: Karolinska Institutet.
44. Schwarz, N., & Sudman, S. (Eds.). (1996). *Answering questions*. San Francisco: Jossey-Bass.
45. Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7, 363–371.
46. Tarter, R., & Hegedus, A. (1991). The Drug Use Screening Inventory: Its applications in the evaluation and treatment of alcohol and drug abuse. *Alcohol Health and Research World*, 15, 65–75.
47. TCU. (2002). TCU forms Retrieved July 14, 2005, from [www.ibr.tcu.edu](http://www.ibr.tcu.edu).
48. Ustun, B., Compton, W., Mager, D., Babor, T., Baiyewu, O., Chatterji, S., et al. (1997). WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: Overview of methods and results. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 161–169.
49. van Deurzen, E. (1997). *Everyday mysteries: Existential dimensions of psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge.
50. Vuchinich, R. E., & Heather, N. (Eds.). (2003). *Choice, behavioural economics and addiction*. Oxford: Elsevier Ltd.
51. WHO. (1999). *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry*, Version 2.1. Interview, glossary and code book. Geneva.
52. WHO, Division of Mental Health, Assessment, Classification and Epidemiology.
53. WHO. (2000). *Health for all in the 21st century*, draft (No. EB101/8). Geneva: World Health Organization.
54. WHO. (2001). *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry: I. Shell computer program* (Version 2.1). Geneva: WHO, Division of Mental Health, Assessment, Classification and Epidemiology.



#### 11.4. Використання одного запитання для скринінгу на алкогольну залежність серед пацієнтів із травмами.

Reed, D. N., Jr., Saxe, A., Montanez, M., Kotlowski, R., Brancheau, D. A., Coffey, D. C., . . . Wolf, B. (2005). Use of a single question to screen trauma patients for alcohol dependence. *J Trauma*, 59(3), 619–622; discussion 622–613.

##### Проблема та гіпотези

Залежні від алкоголю пацієнти з травмами мають високий ризик рецидиву та смертності, що завдає значних фінансових втрат. У цьому випадку актуальною є профілактика травматизму у зв'язку з небезпечною алкогольною поведінкою. Існує низка інструментів для виявлення алкогольних розладів та методів подальшого короткострокового втручання. Проте необхідність навчання для їх використання і часу на їх застосування може знизити їхню корисність. У статті досліджено можливість використання більш простого інструменту — скринінгу, який складається з одного запитання.

##### Методи

Послідовне проспективне дослідження проводилося серед дорослих пацієнтів травм пунктів. Після отримання згоди застосовувався стандартний інструмент скринінгу (Alcohol Use Disorders Identification Test — AUDIT, відомий як АУДИТ). 149 пацієнтів погодились взяти участь. Повністю заповнені анкети були піддані статистичному аналізу.

##### Результати

Серед 149 пацієнтів 36 % становили жінки і 64 % чоловіки, у 146 було взято аналіз крові на алкоголь. Ці 146 пацієнтів є експериментальною групою. У 57 (39 %) пацієнтів із 146 було виявлено алкоголь у крові, серед них у 74 % чоловіків і 54 % жінок за результатами скринінгу AUDIT було виявлено шкідливе споживання алкоголю або залежність. Серед тих, у кого аналіз на алкоголь у крові був негативним, лише у 8 % жінок і 13 % чоловіків за результатами скринінгу AUDIT було виявлено шкідливе споживання алкоголю або залежність.

В обох групах пацієнтів було виявлено стійкий кореляційний зв'язок між балами за всім тестом AUDIT та «ризикованим споживанням алкоголю» за результатами другого запитання із цього тесту — «Яка Ваша звичайна доза алкогольних напоїв у день, коли ви п'єте?». Відокремлювались відповіді за ознакою «Не ризиковане споживання алкоголю» — це 0-2 стандартні дози, та «Ризиковане споживання алкоголю» — це 3 та більше стандартних доз (табл. 1). Результати показують позитивне предикативне значення 0,54; негативне предикативне значення 0,91; специфічність 0,62; чутливість 0,88.

Таблиця 1

**Порівняльні результати скринінгу AUDIT та оцінки ризикованого споживання алкоголю за одним запитанням: «Яка Ваша звичайна доза алкогольних напоїв у день, коли ви п'єте?» (кількість осіб та %)**

| Результати за тестом AUDIT               | Одне запитання      |                             |
|------------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
|                                          | 0–2 стандартні дози | 3 та більше стандартних доз |
| Не ризиковане споживання (до 8 балів)    | 61 (41 %)           | 37 (25 %)                   |
| Ризиковане споживання (8 і більше балів) | 6 (4 %)             | 44 (30 %)                   |

Одна стандартна доза — це приблизно 13 г етанолу; 40 мл 40 % горілки або коньяку; 70 мл 25% лікеру; 90 мл 18 % кріпленого вина або 140 мл 12 % сухого вина; 330 мл 5 % пива.



## Висновки

Автори рекомендують замінити на одне запитання використання всього скринінгу AUDIT для виявлення людей, схильних до ризику зловживання алкоголем. Це запитання легко може бути включено в історію хвороби пацієнтів, що звернулися до травмпункту.

Автори також заохочують проведення більш широкого дослідження для верифікації цієї методики.

## Література

1. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. The economic costs of alcohol abuse. In: *Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health: Highlights from Current Research*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; NIH Publication No. 00-1583 2000:364–371.
2. Gentilello L, Duggan P, Drummond D, et al. Major injury as a unique opportunity to initiate treatment in the alcoholic. *Am J Surg*. 1988;156:558–561.
3. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*. 1974; 131:1121–1123.
4. Babor TF, Grant M. From clinical research to secondary prevention: international collaboration in the development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Health Res World*. 1989;13:371–374.
5. Danielsson PE, Rivara FP, Gentilello LM, Maier RV. Reasons why trauma surgeons fail to screen for alcohol problems. *Arch Surg*. 1999;134:564–568.
6. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BMJ*. 1988;297:663–668.
7. Senft RA, Polen MR, Freeborn DK, Hollis JF. Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *Am J Prev Med*. 1997; 13:464–470.
8. Babor TF, Higgins-Biddle JC. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence; 2003.
9. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*. 1993;88:791–804.
10. Allen JP, Litten RZ, Fertig J, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res*. 1997;21:613–619.
11. Kaufman CR, Branas CC, Brawly ML. A population-based study of trauma recidivism. *J Trauma*. 1998;45:325–332.
12. Soderstrom CA, Cole FJ, Porter JM. Injury in America: the role of alcohol and other drugs—an EAST position paper. *J Trauma*. 2001; 50:1–12.
13. Dischinger PC, Mitchell KA, Kufera JA, et al. A longitudinal study of former trauma center patients: the association between toxicology status and subsequent injury mortality. *J Trauma*. 2001;51:877–886.
14. Blondell RD, Looney SW, Krieg CL, Spain DA. A comparison of alcohol-positive and alcohol-negative trauma patients. *J Stud Alcohol*. 2002;63:380–383.
15. Herve C, Gaillard M, Roujas F, Hugonard P. Alcoholism in polytrauma. *J Trauma*. 1986;26:1123–1126.
16. Rivara FP, Jurkovich GJ, Gurney JG, et al. The magnitude of acute and chronic alcohol abuse in trauma patients. *Arch Surg*. 1993; 128:907–913.
17. Dunn CW, Zatzick D, Russo J, et al. Hazardous drinking by trauma patients during the year after injury. *J Trauma*. 2003;54:707–712.
18. Gentilello LM, Donovan DM, Dunn CW, Rivara FP. Alcohol interventions in trauma centers. *JAMA*. 1995;274:1043–1048.
19. Dunn CW, Donovan DM, Gentilello LM. Practical guidelines for performing alcohol interventions in trauma centers. *J Trauma*. 1997; 42:299–304.

20. Maio RF, Shope JT, Blow FC, et al. Adolescent injury in the emergency department: opportunity for alcohol interventions? *Ann Emerg Med.* 2000;35:252–257.
21. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test—Guidelines for Use in Primary Health Care.* Geneva: World Health Organization; 1992:1.
22. Soderstrom CA, Smith GS, Kufera JA, et al. The accuracy of the CAGE, the Brief Michigan Alcoholism Screening Test, and the Alcohol Use Disorders Identification Test in screening trauma patients for alcoholism. *J Trauma.* 1997;43:962–969.
23. Soderstrom CA, Dischinger PC, Kerns TJ, et al. Screening trauma patients for alcoholism according the NIAAA guidelines with alcohol use disorders identification test questions. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998;22:1470–1475.
24. Dinh-Zarr T, Diguseppi C, Heitman E, Roberts I. Preventing injuries through interventions for problem drinking: a systematic review of randomized controlled trials. *Alcohol Alcohol.* 1999; 34:609–621.
25. Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, et al. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg.* 1999;230:473–483.
26. Taj N, Devera-Sales A, Vinson DC. Screening for problem drinking: does a single question work? *J Fam Pract.* 1998;46:328–335.
27. Smothers BA, Yahr HT, Sinclair MD. Prevalence of current DSMIV alcohol use disorders in short-stay, general hospital admissions, US 1994. *Arch Intern Med.* 2003;163:713–719.

### **11.5. Психометричні властивості тесту для самозвіту про наявність наркологічних розладів (DUDIT): дослідження серед амбулаторних та стаціонарних пацієнтів.**

*Voluse, A. C., Gioia, C. J., Sobell, L. C., Dum, M., Sobell, M. B., & Simco, E. R. (2012). Psychometric properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) with substance abusers in outpatient and residential treatment. Addict Behav, 37(1), 36–41.*

Для оцінювання важкості споживання наркотиків існує декілька коротких скринінгових інструментів. На жаль, розроблений у Швеції скринінговий тест DUDIT не проходив верифікацію у Сполучених Штатах Америки (проведено 3 дослідження у Швеції, одне в Норвегії й одне у Великобританії), тому авторами статті було проведено дослідження його психометричних властивостей серед амбулаторних та стаціонарних пацієнтів у США.

#### **Теоретичні положення та гіпотези**

Опитувальник DUDIT побудований за таким самим принципом, що й відомий Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Але у DUDIT 2 запитання з AUDIT видалено, а замість них додано 3 нових. Усього запитань 11; 9 із них оцінюються за 5-позиційною шкалою від 0 до 4 балів, а два запитання оцінюються за 3-позиційною шкалою у 0, 2 та 4 бали відповідно. Загальна кількість балів коливається від 0 до 44. Результати вивчення валідності тесту серед 1109 випадково відібраних осіб із загальної популяції у Швеції показали що граничні бали відокремлення проблемних споживачів наркотиків у загальній популяції становлять 6 і більше балів для чоловіків та 2 і більше для жінок.

Дослідження серед 160 наркозалежних осіб у наркологічному стаціонарі продемонструвало, що 25 і більше балів вказує на наявність синдрому залежності. Інші дослідження показали, що середній бал для наркозалежних пацієнтів у ремісії становить 16,9 (ст. відхилення 9,8), а для пацієнтів із залежністю від опіатів, які проходять стаціонарне лікування, — 31,9 (ст. відхилення 6,1).

#### **Методи та експериментальні процедури**

Дослідження проводилося серед трьох груп: а) залежні від наркотиків, що проходять амбулаторне лікування (n=35); б) залежні від наркотиків, що проходять стаціонарне лікування (n=79); в) залежні від алкоголю без залежності від наркотиків, без урахування типу лікувальної установи (n=39). Умовою включення до третьої групи була кількість балів не більше 3-х за тестом DAST-10 (оскільки 3 і більше балів свідчать про наявність проблем з наркотиками) та  $\geq 8$  за тестом AUDIT.

Вимірювання проводилося за допомогою тестів DUDIT, Drug Abuse Screening Test — DAST-10 (оскільки цей інструмент є зручним та добре обґрунтованим), AUDIT та короткого блоку запитань про історію вживання наркотиків та демографічних запитань.

#### **Результати**

Для дослідження психометричних властивостей DUDIT було використано такі методи: 1) конвергентна валідність оцінювалася за допомогою коефіцієнта Пірсона між DUDIT і DAST-10 ( $r = 0,85$  при  $p < 0,01$ ); 2) внутрішня надійність оцінювалася за допомогою коефіцієнта альфа Кронбаха ( $\alpha = 0,94$ ); 3) внутрішня структура була досліджена за допомогою методу головних компонент (однокомпонентна модель покриває 64,91 % від загальної дисперсії), це показує, що цей інструмент описує «одновимірний» конструкт; 4) предиктивна валідність, чутливість (0,90), специфічність (0,85) і граничні бали (оптимальний бал = 8) оцінювалися шляхом побудови кривої ROC (Receiver Operating Characteristic); 5) дискримінантна валідність оцінювалася за допомогою одностороннього дисперсійного аналізу (ANOVA) результатів за тестом DUDIT для трьох груп учасників. Критерій Бонфероні для групи стаціонарних пацієнтів становив 24,00; амбулаторних — 22,76; залежних від алкоголю — 7,37. Це означає, що DUDIT ефективно відрізняє групи наркозалежних пацієнтів від групи залежних від алкоголю.

### **Інтерпретація результатів авторами статті**

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що DUDIT — це надійний та валідний інструмент для скринінгу наркотичної залежності.

Подальші дослідження серед різних клінічних груп є виправданими та заохочуються авторами методики та статті.

### **Література**

1. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed) text revision. Washington, DC: Author.
2. Babor, T., Brown, J., & Del Boca, F. (1990). Validity of self-reports in applied research on addictive behaviors: Fact or fiction. *Addictive Behaviors*, 12, 5–32.
3. Bakken, K., Landheim, A., & Vaglum, P. (2007). Axis I and II disorders as long-term predictors of mental distress: A six-year prospective follow-up of substance-dependent patients. *BMC Psychiatry*, 7(29).
4. Bakken, K., & Vaglum, P. (2007). Predictors of suicide attempters in substance-dependent patients: A six-year prospective follow-up. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 20.
5. Berman, A., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Drug Use Disorders Identification Test manual. Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet.
6. Berman, A., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, 11(1), 22–31.
7. Berman, A., Kallmen, H., Barredal, E., & Lindqvist, P. (2008). Hopeless patients? A study of illicit opiate users who drop out from in-patient detoxification. *Journal of Substance Use*, 13(2), 121–130.
8. Berman, A., Palmstierna, T., Kallmen, H., & Bergman, H. (2007). The self-report Drug Use Disorders Identification Test: Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 357–369.
9. Brown, R., & Rounds, L. (1995). Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: Criterion validity in a primary care practice. *Wisconsin Medical Journal*, 94(3), 135–140.
10. Carey, K. B. (2002). Clinically useful assessments: Substance use and comorbid psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 40(11), 1345–1361.
11. Cattell, R. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245–276.
12. Cruce, G., Nordstrom, L. G., & Ojehagen, A. (2007). Risky use and misuse of alcohol, drugs, and cigarettes detected by screening questionnaires in a clinical psychosis unit. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(2), 92–99.
13. Cruce, G., & Ojehagen, A. (2007). Risky use of alcohol, drugs, and cigarettes in a psychosis unit: A 1 1/2 year follow-up of stability and changes after initial screening. *BMC Psychiatry*, 7, 31.
14. Gavin, D., Ross, H., & Skinner, H. (1989). Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction*, 84(3), 301–307.
15. Gladsjo, J. A., Tucker, J. A., Hawkins, J. L., & Vuchinich, R. E. (1992). Adequacy of recall of drinking patterns and event occurrences associated with natural recovery from alcohol problems. *Addictive Behaviors*, 17(4), 347–358.
16. Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A., & Mak, T. (2007). Aggressive behaviour, victimization, and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, 191, 343–350.

17. Hodgins, S., Cree, A., Alderton, J., & Mak, T. (2008). From conduct disorder to severe mental illness: Associations with aggressive behaviour, crime, and victimization. *Psychological Medicine*, 38(7), 975–987.
18. Institute of Medicine (1990). Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington, D.C.: National Academy Press.
19. Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2006). Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: A six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry*, 6, 44.
20. Maisto, S., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., & Kelley, M. (2000). An empirical investigation of the factor structure of the AUDIT. *Psychological Assessment*, 12(3), 346–353.
21. Maisto, S., McKay, J., & Connors, G. (1990). Self-report in substance abuse: State of the art and future directions. *Behavioral Assessment*, 12, 117–134.
22. Maisto, S., Sobell, L. C., & Sobell, M. (1982). Corroboration of drug abusers' self-reports through the use of multiple data sources. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 9(3), 301–308.
23. McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26–33.
24. Reinert, D., & Allen, J. (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: An update of research findings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 31(2), 185–199.
25. Rush, A., First, M., & Blacker, D. American Psychiatric Association Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures. (2008). Handbook of psychiatric measures. (2nd ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
26. Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., de la Fuente, J., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791–804.
27. Secades-Villa, R., & Fernandez-Hermida, J. (2003). The validity of self-reports in a follow-up study with drug addicts. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1175–1182.
28. Selzer, M. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653–1658. Skinner, H. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363–371.
29. Sobell, L. C., Toneato, T., & Sobell, M. (1994). Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tobacco, and other drug problems: Current status with an emphasis on clinical applications. *Behavior Therapy*, 25, 533–580.
30. Stuart, G., Moore, T. M., Kahler, C. W., Ramsey, S. E., & Strong, D. (2004). Cigarette smoking and substance use among men court-referred to domestic violence treatment programs. *The American Journal on Addictions*, 13(3), 319–320.
31. Stuart, G., Moore, T., Ramsey, S., & Kahler, C. (2003). Relationship aggression and substance use among women court-referred to domestic violence intervention programs. *Addictive Behaviors*, 28, 1603–1610.
32. Stuart, G., Moore, T. M., Ramsey, S. E., & Kahler, C. W. (2004). Hazardous drinking and relationship violence perpetration and victimization in women arrested for domestic violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(1), 46–53.
33. Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). Using multivariate statistics (5th ed.). Northridge, CA: Harper Collins Publishers.
34. WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183–1194.
35. Yudko, E., Lozhkina, O., & Fouts, A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(2), 189–198.



### 11.6. Міні-інтернаціональне нейропсихіатричне інтерв'ю (M.I.N.I.): розробка та валідація структурованого діагностичного психіатричного інтерв'ю для DSM-IV та МКХ-10.

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22–33; quiz 34–57.

Міні-інтернаціональне нейропсихіатричне інтерв'ю (M.I.N.I.) — коротке структуроване діагностичне інтерв'ю, розроблене у США та Європі для психіатрів та лікарів інших спеціальностей, спрямоване на діагностику розладів за критеріями DSM-IV та МКХ-10. Коротке (час проведення — 15 хвилин), але достатньо точне, воно створювалося для багатоцентрових клінічних випробувань та епідеміологічних досліджень і може бути першим кроком діагностики в недослідницьких клінічних умовах.

#### Розробка

Структуровані діагностичні інтерв'ю дедалі ширше використовуються у психіатрії. На відміну від звичайних інтерв'ю, вони дозволяють порівнювати отримані різними клінічними установами результати та позбутися мінливості в діагностиці. У табл. 1 наведено тривалість структурованих психіатричних інтерв'ю у порядку, в якому вони з'являлись в останні 50 років.

Таблиця 1

Тривалість структурованих психіатричних інтерв'ю у порядку їх створення

|         | Тривалі<br>(45 хв та більше)       | Середні<br>(15 хв) | Короткі<br>(5-10 хв) |
|---------|------------------------------------|--------------------|----------------------|
| давніші | PSE<br>DIS<br>SADS<br>SCID<br>CIDI |                    | SDDS<br>PRIME-MD     |
| новіші  | M.I.N.I. - Plus                    | M.I.N.I.           | M.I.N.I. - Screen    |

**Скорочення:** PSE = Present State Examination; DIS = Diagnostic Interview Schedule; SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R diagnostics; CIDI = Composite International Diagnostic Interview for ICD-10; PRIME-MD = Primary Care Evaluation of Mental Disorders; SDDS = Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care; M.I.N.I. = Mini International Neuropsychiatric Interview.

Present State Examination (PSE) — перше стандартизоване структуроване клінічне інтерв'ю, адаптоване до інтернаціонального використання. Його було створено 1959 року й модифіковано щонайменше 9 разів відповідно до еволюції діагностичних критеріїв. Використання PSE суттєво вплинуло на розвиток міжнародних колаборативних досліджень та розбудову інтернаціональних критеріїв психіатричної діагностики.

Еволюція структурованих діагностичних опитувальників відбувалась паралельно з еволюцією інтернаціональних психодіагностичних критеріїв та підвищувала їхню прогностичну силу. Перші інтерв'ю відповідали академічним інтересам з огляду на точність діагностики, але були занадто тривалими та потребували спеціального навчання для їх використання, що суттєво збільшувало фінансові витрати на їх застосування. Ці причини обмежували застосування зазначених інтерв'ю у клінічній практиці.

З часом психіатрична допомога стала однією з функцій сімейних лікарів, і це зумовило потребу в дуже коротких скринінгових діагностичних інструментах: Symptom



Driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS), Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), та значно пізніше розробленому M.I.N.I. Кожне з цих інтерв'ю розміщено на одній сторінці, заповнювати їх можна самостійно в кімнаті очікування. Огляд основних характеристик структурованих психіатричних інтерв'ю наведено в табл. 2.

**Таблиця 2**

**Основні характеристики структурованих психіатричних інтерв'ю**

| Інтерв'ю        | Кваліфікація інтерв'юера                                       | Формат опитувальника                                                   | Для кого/чого розроблено                        | Тривалість (у хвиликах) | Часові рамки                                                     | Діагностичні критерії      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| PSE             | Навчений професіонал у галузі психічного здоров'я              | Закриті запитання; додаткове розпитування інтерв'юером                 | Медичні та психіатричні пацієнти; епідеміологія | 15-60                   | Останній місяць                                                  | Опис синдромів             |
| DIS             | Інтерв'юер після 1 тижня інтенсивного навчання                 | Виключно закриті запитання без додаткового розпитування                | Громадськість, а також пацієнти                 | 45-75                   | Протягом життя; останній місяць; останні 6 місяців; останній рік | DSM-III-R                  |
| SADS            | Навчений професіонал у галузі психічного здоров'я              | Відкриті та закриті запитання                                          | Медичні та психіатричні пацієнти; громадськість | 90-120                  | Останні тижні                                                    | RDC                        |
| SCID            | Навчений професіонал у галузі психічного здоров'я              | Відкриті запитання після закритих; додаткове розпитування інтерв'юером | Медичні та психіатричні пацієнти; епідеміологія | 45-60                   | Поточний епізод                                                  | DSM-III-R                  |
| CIDI            | Навчений професіонал у галузі психічного здоров'я              | Закриті запитання; додаткове розпитування інтерв'юером                 | Медичні та психіатричні пацієнти; епідеміологія | 120-180                 | Поточний епізод та протягом життя                                | MKX-10 та DSM-III-R        |
| M.I.N.I.        | Обмежене навчання                                              | Закриті запитання; додаткове розпитування інтерв'юером                 | Клінічні умови та дослідження                   | 15                      | Поточний епізод та дещо протягом життя                           | DSM-IV та MKX -10          |
| M.I.N.I.-Plus   | Обмежене навчання                                              | Закриті запитання; додаткове розпитування інтерв'юером                 | Дослідження                                     | 45-60                   | Поточний епізод та протягом життя                                | DSM-IV та MKX -10          |
| M.I.N.I.-Screen | Заповнюється пацієнтом                                         | Закриті запитання                                                      | Первинна допомога                               | 5                       | Поточний епізод                                                  | DSM-IV та MKX -10 скринінг |
| SDDS            | Заповнюється пацієнтом або лікарем у ході інтерв'ю з пацієнтом | Закриті запитання                                                      | Медичні пацієнти; первинна допомога             | 3-10                    | Поточний епізод                                                  | DSM-III-R                  |
| PRIME-MD        | Заповнюється пацієнтом або лікарем у ході інтерв'ю з пацієнтом | Закриті запитання                                                      | Медичні пацієнти; первинна допомога             | 8                       | Поточний епізод                                                  | DSM-III-R                  |

**Скорочення:** PSE = Present State Examination; DIS = Diagnostic Interview Schedule; SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R diagnostics; CIDI = Composite International Diagnostic Interview for ICD-10; PRIME-MD = Primary Care Evaluation of Mental Disorders; SDDS = Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care; M.I.N.I. = Mini International Neuropsychiatric Interview; RDC = Research Diagnostic Criteria.

Метою розробки M.I.N.I. була побудова мосту поміж деталізованими, академічно спрямованими інтерв'ю та ультракороткими тестами для первинної допомоги. Створюючи M.I.N.I., розробники поставили перед собою завдання зробити опитувальник:

- коротким та дешевим у використанні;
- простим, зрозумілим та зручним у заповненні;
- високочутливим (має виявляти високу частку пацієнтів з розладом);
- специфічним (здатим виділити пацієнтів без розладів);
- сумісним із міжнародними діагностичними критеріями (МКХ-10 та DSM-IV);
- здатним виявити важливі субсиндромальні варіанти розладів;
- корисним як для клінічної психіатрії, так і для дослідницьких цілей.

У питанні балансу точності між помилковими позитивними та негативними результатами баланс M.I.N.I. було посунуто в напрямку гіпердіагностики. При побудові попередніх опитувальників було з'ясовано, що 20 % запитань забезпечують 80 % результативності діагностики, тому загальний обсяг M.I.N.I. було скорочено до 20 % «ядра» основних запитань. Скоротити опитувальник дозволило і використання окремих часових рамок, характерних безпосередньо для кожного синдрому (окрім біполярного розладу).

У питанні кількості розладів, що діагностуються, розробники керувались двома міркуваннями: 1) тривалі структуровані інтерв'ю (DIS, CIDI, SCID) охоплюють близько 20 розладів, а короткі (SDDS, PRIME-MD) — лише 6 найбільш поширених у первинній допомозі розладів; 2) в опитувальник включено лише ті розлади, поширеність яких, згідно з епідеміологічними дослідженнями, становить більше ніж 0,5% у популяції. До M.I.N.I. включено 19 розладів (див. табл. 3).

**Таблиця 3**

**Основні розлади, що діагностуються за допомогою M.I.N.I.**

| Розлади                                                                      | Часові рамки                      |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Великий депресивний розлад ( <i>major depressive disorder</i> )           | Останні 2 тижні                   |
| 2. Дистимічний розлад ( <i>dysthymic disorder</i> )                          | Останні 2 роки                    |
| 3. Суїцидальна поведінка ( <i>suicidality</i> )                              | Поточний епізод                   |
| 4. Манія ( <i>mania</i> )                                                    | Поточний епізод та протягом життя |
| 5. Панічний розлад ( <i>panic disorder</i> )                                 | Поточний епізод та протягом життя |
| 6. Агорафобія ( <i>agoraphobia</i> )                                         | Поточний епізод                   |
| 7. Соціальна фобія ( <i>social phobia</i> )                                  | Поточний епізод                   |
| 8. Специфічна фобія ( <i>specific phobia</i> )                               | Поточний епізод                   |
| 9. Обсесивно-компульсивний розлад ( <i>obsessive-compulsive disorder</i> )   | Поточний епізод                   |
| 10. Генералізований тривожний розлад ( <i>generalised anxiety disorder</i> ) | Останні 6 місяців                 |
| 11. Алкогольна залежність ( <i>alcohol dependence</i> )                      | Останні 12 місяців                |
| 12. Зловживання алкоголем ( <i>alcohol abuse</i> )                           | Останні 12 місяців                |
| 13. Наркотична залежність, не алкогольна ( <i>drug dependence</i> )          | Останні 12 місяців                |

|                                                                                  |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 14. Зловживання наркотиками, не алкоголем ( <i>drug abuse</i> )                  | Останні 12 місяців                |
| 15. Психотичний розлад ( <i>psychotic disorder</i> )                             | Поточний епізод та протягом життя |
| 16. Нервова анорексія ( <i>anorexia nervosa</i> )                                | Останні 3 місяці                  |
| 17. Булімія ( <i>bulimia</i> )                                                   | Останні 3 місяці                  |
| 18. Посттравматичний стресовий розлад ( <i>posttraumatic stress disorder</i> )   | Поточний епізод                   |
| 19. Антисоціальний розлад особистості ( <i>antisocial personality disorder</i> ) | Протягом життя                    |

**Примітка:** «Поточний епізод» визначається в опитувальнику як «протягом останнього місяця».

#### **Валідизація опитувальника**

M.I.N.I. було валідизовано за допомогою набагато триваліших та більш об'ємних структурованих інтерв'ю, таких як SCID-P (Structured Clinical Interview for DSM diagnoses) англійською та французькою мовами та CIDI (Composite International Diagnostic Interview for ICD-10) англійською, французькою та арабською мовами. Дослідження проводилось в Університеті Південної Флориди (Тампа, США) та Національному інституті психічного здоров'я (Париж, Франція). Версія, що заповнювалась лікарем, виявилась більш чутливою, ніж версія, що заповнювалась пацієнтом власноруч. Крім того, M.I.N.I. було валідизовано за допомогою вивчення думки широкого кола експертів у чотирьох європейських країнах — Франції, Великобританії, Італії та Іспанії. На думку експертів, опитувальник M.I.N.I. повністю валідизований та більш ефективний за часом його заповнення порівняно зі SCID-P та CIDI.

#### **Різновиди опитувальника:**

- M.I.N.I. — базова версія, охоплює 19 розладів, це структуроване психіатричне інтерв'ю, яке набуло найбільшого поширення у світі.
- M.I.N.I.-Plus — розширена версія для дослідницьких цілей, охоплює 23 розлади.
- M.I.N.I.-Screen — скринінгова версія для первинної допомоги, охоплює 14 розладів.
- M.I.N.I.-Kid — версія для дітей та підлітків, охоплює 23 розлади.

Також існує комп'ютерна версія опитувальника.

Сьогодні M.I.N.I., M.I.N.I.-Plus та M.I.N.I.-Screen перекладено 30 мовами, зокрема українською та російською.

Автор опитувальника доктор Девід Шихан рекомендує для отримання друкованої версії опитувальника відвідати веб-сайт <http://www.medical-outcomes.com/index/mini>.