



2012

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ  
SAINT PETERSBURG

ТЕЗИСЫ КОНФЕРЕНЦИИ  
ABSTRACT BOOK

*Мир аддикций:*

ХИМИЧЕСКИЕ И НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ,  
АССОЦИИРОВАННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

*World of Addictions:*

CHEMICAL DEPENDENCIES, NON-CHEMICAL DEPENDENCIES  
AND RELATED PSYCHIATRIC DISORDERS



Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга  
Комитет по здравоохранению Ленинградской области  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева  
Национальный научный центр наркологии  
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
Российское общество психиатров  
Национальное Наркологическое Общество  
Российская Психотерапевтическая Ассоциация



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
с международным участием  
**МИР АДДИКЦИЙ:**  
**ХИМИЧЕСКИЕ И НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ,**  
**АССОЦИИРОВАННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

INTERNATIONAL CONFERENCE  
**WORLD OF ADDICTIONS:**  
CHEMICAL DEPENDENCIES, NON-CHEMICAL DEPENDENCIES  
AND RELATED PSYCHIATRIC DISORDERS

29-30•11•2012  
Санкт-Петербург/Saint Petersburg

## **Тезисы конференции**

Под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. Е.М. Крупницкого

## **Abstract Book**

Санкт-Петербург/Saint Petersburg  
2012

Научное издание

Научно-практическая конференция с международным участием **«Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства»**, тезисы конференции / Под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. Е.М. Крупницкого; – СПб. – 2012 – 172 стр.

*Данный сборник тезисов включает материалы Всероссийской конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства», которая состоялась 29-30 ноября 2012 года в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Материалы сборника посвящены вопросам эпидемиологии и организации наркологической помощи, клиники и диагностики болезней зависимости, различным подходам к их лечению (фармако- и психотерапия), а также проблемам реабилитации наркологических больных и профилактики наркологических заболеваний. Многие из представленных в сборнике работ выполнены на высоком научном уровне – в парадигме доказательной медицины, которая постепенно становится методологической основой современной наркологии.*

Технический редактор: Стефанович И.В.  
Дизайн, верстка: Альков А.С.

Подписано в печать 15.11.2012  
Формат 60X88 1/8, бумага офсетная,  
печать офсетная, усл. печ. л. 11, тираж 150 экз.  
Гарнитура «Таймс»

Отпечатано в типографии «Печатный элемент»  
Санкт-Петербург, пр. Юрия Гагарина, д. 24, корп. 3  
Тел.: (812) 677-45-44, 378-04-66

**ISBN 978-5-99033-682-7**

© СПбНИПНИ, 2012  
© Коллектив авторов, 2012

# Введение

*Сто лет назад, в 1912 году, усилиями академика В.М. Бехтерева при созданном им Психоневрологическом институте был открыт Экспериментально-клинический институт по изучению алкоголизма. При открытии этого учреждения В.М. Бехтерев назвал его «организующим началом» в изучении алкоголизма и борьбе с ним. Тогда же В.М. Бехтерев изложил основные положения противоалкогольной деятельности, в которые включил, в частности, необходимость изучения биологических, психологических и социальных аспектов заболевания и, что особенно важно, организацию комплексного лечения алкогольной зависимости. Следуя этим идеям, сотрудники института им. В.М. Бехтерева на протяжении более чем столетней истории учреждения уделяли большое внимание комплексному междисциплинарному подходу к диагностике и лечению аддикций. Особенно активно эта работа проводилась с конца 50-х – начала 60-х годов XX века, после организации в 1959 году в институте отдела наркологии, и она продолжается до настоящего времени. В 60-е годы, следуя своему клиническому опыту, а также изучая и адаптируя результаты зарубежных исследований, отдел наркологии впервые в стране (тогда в СССР) разработал систему психотерапии больных алкоголизмом, а также предложил программу внедрения в наркологическую службу медико-психологического звена с его диагностическими и психотерапевтическими функциями. Большое внимание было уделено, как к этому призывал В.М. Бехтерев, изучению личности пациентов, которой адресовались психотерапевтические, а позднее и социотерапевтические (реабилитационные) воздействия. Клинические разработки отдела касались важных и актуальных проблем наркологии: феноменологии аффективных расстройств при алкогольной зависимости, фармакотерапии алкоголизма, структуры и динамики ремиссий при данной патологии. В дальнейшем эта тематика была распространена и на другие виды аддикций, в первую очередь – на наркоманию. Большая работа была проведена по изучению коморбидных состояний в наркологии, в частности сочетания аддиктивных расстройств с эндогенными психическими заболеваниями, органическими поражениями головного мозга, СПИДом. В последнее десятилетие исследовательская работа отдела наркологии строится на принципах доказательной медицины, что дает возможность объективной оценки эффективности новых фармакологических и немедикаментозных методов стабилизации ремиссий при различных аддикциях.*

*Данный сборник тезисов включает материалы Всероссийской конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства», которая состоялась 29-30 ноября 2012 года в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Феноменология болезней зависимости весьма разнообразна. Аддиктивная патология включает зависимости от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ (химические зависимости), разнообразные формы нехимических зависимостей, а также широкий спектр связанных с ними психических расстройств психотического и непсихотического регистров, заболеваний инфекционной (СПИД, гепатит и др.) и неврологической природы, находящихся в сложных коморбидных отношениях. Материалы сборника посвящены вопросам эпидемиологии и организации наркологической помощи, клиники и диагностики болезней зависимости, различным подходам к их лечению (фармако- и психотерапия), а также проблемам реабилитации наркологических больных и профилактики наркологических заболеваний. Многие из представленных в сборнике работ выполнены на высоком научном уровне – в парадигме доказательной медицины, которая постепенно становится методологической основой современной наркологии.*

*Следуя междисциплинарной природе самой наркологии как области медицинского знания, материалы сборника отражают содержание шести основных симпозиумов конференции: Клинической наркологии, Биологической наркологии, Психиатрии и наркологии, Неврологии и наркологии, Психотерапии и наркологии, Медицинской психологии и наркологии.*

*Объединяющим началом для публикаций, приведенных в материалах конференции по разделу «Психиатрия и наркология», является рассмотрение особенностей формирования химической и нехимической зависимостей при широком спектре коморбидных психических расстройств (эндогенные психозы, пограничные расстройства). Ряд сообщений содержит показания для дифференцированного применения психотропных средств различных классов (антипсихотики, антидепрессанты, транквилизаторы и др.) у данных категорий больных. Наряду с этим, приведены работы, имеющие дискуссионный характер, в которых рассматриваются сложные вопросы диагностики и терапии психических расстройств, сочетающихся с наличием зависимости. Материалы публикаций позволяют сравнить мнения экспертов-ученых и врачей-практиков, что, несомненно, будет способствовать определению приоритетных направлений дальнейших исследований по оптимизации диагностического процесса и лечебной тактики для данного вида психопатологических расстройств.*

*Значительное место в сборнике занимают исследования, относящиеся к биологической наркологии. Биологическая наркология как дисциплина представляет собой направление фундаментальных исследований в области изучения нейробиологических механизмов формирования аддиктивного поведения. Задачи биологической наркологии определяются поиском биологических факторов, определяющих формирование химических и нехимических зависимостей, изучением патогенеза развития аддикций и исследованием механизмов возможной коррекции этих состояний. Для решения данных задач применяются разные биологические объекты и самые широкие современные методы исследований, позволяющие понять роль фундаментальных процессов, лежащих в основе изменения гомеостаза и реализации форм вызванного патологического поведения на разных этапах формирования зависимостей.*

*Не случайно большое место в сборнике занимают работы, посвященные коморбидной неврологической патологии при алкоголизме. Клиника неврологических расстройств, обусловленных употреблением психоактивных веществ, чрезвычайно разнообразна. Наиболее часто в клинической практике встречаются поражения нервной системы, связанные со злоупотреблением алкоголем. Развитие церебральной патологии, в первую очередь – ишемических и геморрагических мозговых инсультов, у лиц, употребляющих алкоголь, может происходить на фоне как острой, так и хронической алкогольной интоксикации. Даже однократное употребление больших доз алкоголя резко повышает пароксизмальную готовность мозга и может вызывать эпилептические припадки у лиц, не страдавших ранее эпилепсией, а вероятность возникновения эпилептического припадка прямо коррелирует с дозой принятого алкоголя. Хроническая алкогольная интоксикация в ряде случаев ассоциируется с развитием алкогольной эпилепсии и эпилептического статуса. Самое частое неврологическое осложнение алкоголизма – алкогольная полинейропатия – встречается у многих больных, длительное время злоупотребляющих алкоголем. На фоне приема больших доз алкоголя может развиваться такое острое состояние, как энцефалопатия Гайе–Вернике, а при хроническом употреблении алкогольных напитков – алкогольная дегенерация мозжечка. Диагностика и лечение неврологических осложнений употребления психоактивных веществ должны осуществляться совместными усилиями наркологов и неврологов.*

Психотерапия является основным подходом в лечении и реабилитации болезней зависимостей, возможно в связи с тем, что для многих видов зависимостей патогенетическое биологическое лечение в настоящее время не разработано. Значение психотерапии подчеркивается основными теоретическими концепциями аддикций и доказанной ролью в их этиологии и патогенезе особенностей личностно-психологического функционирования человека, его сознания и самосознания, смыслов и ценностей, аффектов и эмоций, стереотипов восприятия и поведения, других многочисленных психологических факторов, а также влияния семьи и ближайшего окружения. Эти психосоциальные факторы принципиально неустранимы без применения психотерапии, а игнорирование ее современных подходов способствует актуализации архаичных форм воздействия на психику, граничащих подчас с социальным манипулированием и наукообразно декорированным шаманством. В связи с этим важной задачей становится обсуждение состояния, современных достижений и проблем психотерапии при лечении и реабилитации больных с зависимостями. Это позволяет проанализировать возможности внедрения современных моделей психотерапии и психотерапевтической среды в практику работы наркологических учреждений, а также создать подходы к разработке индивидуальных психотерапевтических программ для пациентов с различными формами зависимостей, в том числе сопряженными с другими психическими расстройствами, и к психотерапевтической поддержке их семейного окружения. Другим важным направлением совершенствования психотерапевтической помощи наркологическим больным является обсуждение методических особенностей индивидуальной, семейной и групповой психотерапии, а также их эффективного сочетания в рамках индивидуальных программ наркологического лечения и реабилитации. Многие из этих вопросов освещены в тезисах настоящего сборника, посвященных психотерапии зависимостей.

Развитие наркологии сегодня, по-видимому, нельзя представить без использования психологических знаний, которые необходимы как для понимания клинической картины аддиктивных расстройств, так и для правильного построения лечебно-реабилитационных и профилактических программ. Среди многих современных наркологических проблем, в решении которых медицинская психология принимает самое непосредственное участие, прежде всего должны быть названы такие, как расширение спектра патологических зависимостей, появление тесно связанных с развитием современной культуры, ранее неизвестных форм аддикций, (например, интернет-зависимость), психологическое состояние и поведение родственников больных, выработка надежных критериев дифференциации клинических и доклинических форм химических и нехимических зависимостей, выделение психологических детерминант, определяющих эффективность психопрофилактических мероприятий и комплаентность пациентов, а также разработка специализированных шкал, позволяющих объективировать разнообразные психологические изменения, происходящие у аддиктов. Значительное количество представленных в сборнике тезисов посвящено именно этим проблемам, находящимся на «перекрестке» наркологии и медицинской психологии.

Таким образом, представляемый вниманию читателя сборник тезисов отражает все разнообразие междисциплинарных исследований, проводящихся в современной наркологии.

**Незнанов Н.Г.**, д.м.н., профессор,  
директор Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева

**Крупницкий Е.М.**, д.м.н., профессор,  
руководитель отдела наркологии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева

**БЕЛАРУСЬ. ИНФОРМАЦИЯ  
К РАЗМЫШЛЕНИЮ****Абрамов Б.Э., Сквиря И.М.***Гомельский государственный медицинский университет,  
г. Гомель, Республика Беларусь*

Число людей, признанных наркозависимыми в болезненной форме, за последние десять лет выросло с 4545 до 8873 человек. Наркодилеры перестроили южное направление наркотрафика на северное. Беларусь – последний рубеж. В РБ в 2007 году было перекрыто 16 каналов поставок наркотиков, в 2008-м – 32, в 2009-м – 43, в 2010-м – 49, за 11 месяцев 2011 года – 37.

В 2011 году в РБ выпито 13,4 л абсолютного алкоголя на душу населения (в 2010-м – 12,4 л). Если в 1996 году на учете наркологов стояли 123 тыс. человек, то в 2005-м – 170 тыс., а в 2010-м – более 195 тыс. пациентов. Действуют 25 медицинских вытрезвителей. В 2011 году в них побывали 65,5 тыс. человек. Ночевка в нем стоит 250 тыс. белорусских рублей. Принята третья Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 гг. В 2012–2013 гг. планируется направить основное внимание на снижение предложения алкогольных напитков. Минздрав планирует внести в правительство предложение об увеличении возраста, по достижении которого можно покупать алкоголь, с 18 до 21 года, обеспечении государственной монополии на розничную продажу бутылированного алкоголя и о запрете продажи спиртного в ночное время. Потребление плодовых вин с 221,3 млн л в 2005 году сокращено до 151,79 в 2011 году. Сокращается и их производство.

За 10 лет в РБ доля курящего населения сократилась с 41,6% до 30,6%: мужчины – с 64,1% до 47,1%, женщины – с 19,75% до 17%. От последствий табачной зависимости ежегодно умирают 15 500 человек, тогда как в ДТП погибают 2000. За курение в общественном месте положен штраф от 350 тыс. до 1 млн белорусских рублей. Курение запрещено на остановках общественного транспорта и в парках, в медицинских и образовательных учреждениях, учреждениях культуры, спорта, объектах торговли и бытового обслуживания. С 2005 года запрещена реклама табачных изделий и их продажа лицам, не достигшим 18-летнего возраста. Минздрав инициирует создание законопроекта, направленного на защиту населения от последствий потребления табака и воздействия табачного дыма. Инициативу поддержал СовМин.

Призывы и лозунги, конечно, хороши, но одновременно стоит переходить к конкретным шагам. Опасность от зависимостей слишком велика, чтобы бороться с этим злом только на словах.

**НЕНАРКОЛОГИЧЕСКОЕ  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ:  
ПОЛЬЗА И РИСК****Аведисова А.С., Ястребов Д.В.***ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского,  
Москва*

Основные ограничения в отношении бензодиазепинов (БД) редко на практике выполняются. Причины этого связаны с особенностями клинического действия БД. Часто БД удобны для приема «по необходимости», что делает неопределенным понятие лекарственного режима, который становится трудно сопоставить с разработанными схемами.

До настоящего времени БД остаются одними из наиболее используемых препаратов. Характерным для последнего времени изменением в назначениях является преимущественное использование БД короткого действия. Другая особенность – частое назначение интермиттирующими курсами, что может способствовать проявлению «поведенческой токсичности».

Распространенное представление о только симптоматическом действии БД основано на том, что их эффект определяется непосредственно после назначения и регистрируется в большей степени при использовании субъективных, чем объективных методов оценки. Высокая субъективная значимость приема БД связана с действием на интенсивность тревоги и приступов паники, в то время как длительность этих состояний редуцируется в меньшей степени. Так, используемая для оценки эффективности терапии БД продолжительность панических приступов не полностью определяет общую тяжесть состояния при паническом расстройстве (ПР), которая также включает соматическую и психическую антиципационную тревогу и связанное с ней избегание. Данные мета-анализа показывают, что эффект от монотерапии БД при ПР (85% улучшений) превосходит уровень АД (50%) и является дозозависимым.

Эти особенности соответствуют высокой приверженности пациентов приему БД при регулярном приеме, которые обычно отказываются от смены препарата. Отмена БД при высоком уровне антиципационной тревоги – предиктор ухудшения состояния, что часто расценивается как проявление лекарственной зависимости. Изучение моделей приема БД показывает, что у большинства пациентов не отмечается изменения толерантности, ведущего к необходимости повышения доз. Лишь 10% больных с психопатическими чертами и стойкой ипохондрической фиксацией склонны к самотерапевтическому приему с отклонением от рекомендованных доз и сроков. Определение этих групп позволяет дифференцированно оценить показания к назначению БД.

Наиболее предпочтительно использование БД при ведущих проявлениях непсихотической тревоги. Затяжные состояния с ситуационно обусловленной или генерализованной тревогой неглубокого уровня требуют иного подхода с возможным назначением сочетанной терапии (АД+БД) только при наличии соматических симптомов.

## КОМПЛЕКСНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Агibalова Т.В., Рычкова О.В.

Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва

Многие исследователи отмечают у больных с синдромом зависимости выраженные черты инфантилизма, сочетание синдрома зависимости с расстройствами личности, неспособность пациентов ставить реальные терапевтические цели и стремиться к их достижению без поддержки извне и внешнего контроля. Описаны закономерности становления патологически измененной мотивации наркологического больного, связь данных нарушений с клинической картиной и личностью. Все это ведет к тому, что пациенты с трудом удерживаются в программах лечения, что выливается в ранние рецидивы заболевания. Исследования показывают, что сочетание психотерапевтической программы и психофармакотерапии у наркологических больных более эффективно по сравнению с изолированным применением психофармакотерапии. Важно, чтобы в психотерапевтическую программу входили такие составляющие, как мотивационная психотерапия и комплаенс-психотерапия. Именно эти форматы в сочетании с психофармакотерапией обладают взаимопотенцирующим действием. Наилучшие результаты показывают комплексные программы, сочетающие психофармакотерапию, инъекционный пролонгированный блокатор опиатных рецепторов и психотерапию. По результатам наших исследований, эффективность применения комплексной программы, сочетающей комплаенс-психотерапию с психофармакотерапией, при лечении больных с алкогольной зависимостью в среднем на 30% выше (по количеству годовых ремиссий после лечения), чем использование психофармакотерапии. Комплексное лечение больных опиоидной зависимостью с применением пролонгированной формы блокаторов опиатных рецепторов, психофармакотерапии и психотерапии увеличивает длительность ремиссии в 70% случаев, чем изолированное применение психофармакотерапии. Сочетание применения эсциталопрама с налтрексоном и психотерапией при игровой зависимости в среднем дает на 25% больше годовых ремиссий, чем использование эсциталопрама с налтрексоном без психотерапевтической программы.

Важной проблемой остается подготовка специалистов, способных реализовывать комплексные программы. Наибольшие сложности возникают при освоении психотерапевтических навыков, поскольку длительное время отдавался приоритет психофармакологическому лечению в наркологии.

## ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОТРЕБИТЕЛЯМ ОПИОИДОВ В БЕЛАРУСИ

Айзберг О.Р.

Белорусская медицинская академия последипломного  
образования, г. Минск, Республика Беларусь

В Беларуси оказывается несколько видов помощи потребителям опиоидов: детоксификация, интенсивная стационарная психотерапевтическая помощь (миннесотская модель), фармакотерапия блокаторами опиоидных рецепторов и опиоидная заместительная терапия и мероприятия по снижению вреда. Детоксификация проводится в рамках оказания амбулаторной и стационарной наркологической помощи. Для ее проведения используются чаще всего клонидин, хлорпротиксен, диазепам и трамадол. В некоторых учреждениях используется также детоксикация метадоном. Зарегистрированы две формы блокатора опиоидных рецепторов налтрексона – пероральная и пролонгированная инъекционная. В аптечной сети пероральная форма налтрексона отсутствует, стоимость пролонгированной составляет около 800 долларов США в месяц, что ограничивает возможность применения препарата. Функционируют три государственных отделения реабилитации для наркозависимых пациентов, которые работают по миннесотской модели. Процесс реабилитации подразумевает ежедневное пребывание пациента в стационаре или дневном стационаре в течение 28 дней. С 1996 года в Беларуси работают программы обмена игл и шприцов. В августе 2011 года в 28 городах Беларуси всего работало 33 пункта обмена игл и шприцов. Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) регламентирована отдельными приказами Министерства здравоохранения РБ. Показаниями к ее проведению являются наличие опиоидной зависимости и возраст старше 18 лет. Выписка опиоидных препаратов может производиться только врачами государственных учреждений. Метадон официально зарегистрирован в Беларуси как лекарственное средство. Финансирование программы ОЗТ до настоящего времени производится за счет средств Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Первая программа ОЗТ была начата 1 октября 2007 года в Гомельском областном наркологическом диспансере. На 1 апреля 2012 года заместительную терапию метадоном получали 626 человек в 14 наркологических учреждениях. Пациенты ежедневно приходят в кабинет заместительной терапии, где получают метадон под контролем медработников. Выдача препарата на несколько дней на дом, разрешенная во многих странах, не производится. Социальную помощь этим пациентам оказывают в центрах социального сопровождения, которые функционируют при общественных организациях. Следует отметить, что количество пациентов, нуждающихся в проведении ОЗТ, значительно выше, чем возможности уже функционирующих кабинетов заместительной терапии.



## АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ (ИСТОРИЯ ВОПРОСА И ИССЛЕДОВАНИЯ В ИНСТИТУТЕ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА)

Акименко М.А.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

М. Вебер в 2005 году назвал эпилепсию «Болезнью тысячи имен». Как известно, первым ученым, пытавшимся установить причину «Священной болезни», был Гиппократ. Первые научные работы, рассматривающие влияние алкоголя на возникновение эпилептических припадков, появились в 1818 году во Франции, а термин «алкогольная эпилепсия» был введен В. Маньяном в 1883 году. Первые печатные работы о влиянии алкоголя на течение эпилепсии появились в России только в 1895 году.

6 мая 1912 года В.М. Бехтеревым в Санкт-Петербурге был открыт первый в мире «Противоалкогольный Институт». Уже 6–7 сентября 1912 года в Цюрихе В.М. Бехтерев представил работу «Алкоголь и эпилепсия». Резюмируя полученные данные, В.М. Бехтерев сформулировал следующие выводы: под общим наименованием «алкогольной эпилепсии» объединяется целый ряд эпилептических состояний, развивающихся на почве острого и, главным образом, хронического алкоголизма, и отличаются они от обыкновенных форм эпилепсии клинической и этиологической связью с алкоголизмом; потребление алкоголя усиливает и учащает припадки существующей уже эпилепсии и вызывает развитие явных приступов эпилепсии.

Большое внимание этой форме эпилепсии уделялось исследователями «школы А. Гасто» начиная с 60-х годов XX века. Изменений на ЭЭГ, специфических для алкогольной эпилепсии, ими не было установлено. Многие авторы отводят первостепенную роль в генезе эпилептических припадков при алкоголизме алкогольному абстинентному синдрому.

Значительный вклад в исследования этого вопроса был внесен работами сотрудников Института им. В.М. Бехтерева: И.Н. Пятницкой (1977, 1983, 1988), И.В. Бокый (1976, 1983), И.П. Лапиным (1976, 1984, 1989), Р.Х. Вельшикаевым (1973, 1977), Е.В. Карташовой (1992).

До сих пор остается нерешенным вопрос о том, представляет ли алкогольная эпилепсия единое заболевание или это комплекс разнообразных судорожных состояний с различным патогенезом, течением и прогнозом. Справедливости ради следует отметить, что правомерность выделения «алкогольной эпилепсии» в особую группу оспаривается рядом ученых, и среди них В.А. Карловым (1974, 2011).

## ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ «ТРОПИКАМИД»: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Андрусенко А.А.<sup>1</sup>, Обросов И.Ф.<sup>1</sup>,  
Шалагинова О.В.<sup>2</sup>, Еловиков С.Н.<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Пермская государственная медицинская академия  
им. ак. Е.А. Вагнера,*

*<sup>2</sup>Пермский краевой наркологический диспансер,  
г. Пермь*

Лекарственный препарат глазные капли «Тропикамид» является офтальмологическим средством. Выпускается в полиэтиленовых флаконах по 5, 10, 15 мл в виде 0,5% и 1% раствора. Фармакологическое действие – атропиноподобное (мидриатическое и холинолитическое). Используется в офтальмологической практике с диагностической целью для исследования глазного дна и хрусталика, а также при лечении некоторых воспалительных заболеваний глаза. Вещества, действующие на м-холинорецепторы ЦНС (атропин, тропикамид), в начале своего действия вызывают эйфоризирующий эффект, а при злоупотреблении – стимуляция ЦНС ведет к ее угнетению. Препарат отпускается в аптеке без рецепта.

Злоупотребление лекарственным препаратом «Тропикамид» отмечено врачами психиатрами-наркологами Пермского края в 2011 году. Изначально наркопотребители использовали данный препарат для того, чтобы скрыть наркотическое опьянение, вызванное опиатными наркотиками, с целью расширения «точечного» зрачка (конъюнктивальное введение). В дальнейшем он начал применяться с целью одурманивания, внутривенно, в сочетании с опиатными наркотиками и кодеиносодержащими препаратами, а также самостоятельно.

Учет статистических данных о количестве лиц, употребляющих тропикамид и состоящих на наркологическом учете в наркологических учреждениях Пермского края, не предусмотрен. Данные статистики химико-токсикологической лаборатории Пермского краевого наркологического диспансера свидетельствуют о росте случаев обнаружения тропикамида в биологических объектах (моча). За 2011 год в результате химико-токсикологических исследований тропикамид был обнаружен в 243 случаях, за 5 месяцев 2012 года – в 158 случаях. В 21% случаев тропикамид обнаружен в моче в индивидуальном виде, в 74,7% случаев – в сочетании с наркотическими средствами и другими лекарственными препаратами и их метаболитами (морфином, дезоморфином, кодеином и лекарственными веществами, входящими в состав кодеиносодержащих препаратов) и в 4% случаев – в сочетании с амфетамином. Рост числа потребителей тропикамида подтверждают данные о реализации лекарственного препарата в Пермском крае: за 2011 год реализовано 426 576 упаковок тропикамида, а за 2 месяца 2012 года (январь-февраль) – уже 66 931 упаковка.

**Выводы:** немедицинское потребление глазных капель «Тропикамид» на территории Пермско-

го края имеет тенденцию к увеличению. В связи с ограничением продаж кодеиносодержащих препаратов с 01.06.2012 года можно прогнозировать значительный рост потребления препарата «Тропикамид» (не входит в перечень наркотических средств и их прекурсоров и не подлежит предметно-количественному учету в медицинских и аптечных организациях). Необходимо оперативное изменение законодательства и включение препарата в списки контролируемых и запрещенных веществ.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ТРОПИКАМИД»**

**Андрусенко А.А.<sup>1</sup>, Обросов И.Ф.<sup>1</sup>,  
Шалагинова О.В.<sup>2</sup>, Еловиков С.Н.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Пермская государственная медицинская академия  
им. ак. Е.А. Вагнера,

<sup>2</sup>Пермский краевой наркологический диспансер,  
г. Пермь

Начиная с 2011 года в Пермском крае отмечается рост сочетанного с опиатами злоупотребления офтальмологическими лекарственными препаратами (тропикамид, цикломед), доступными в аптечной сети. Переход на употребление двух и более наркотиков обычно обусловлен отсутствием желаемого эйфорического эффекта, в силу нарастающей толерантности; стойкими мотивационными нарушениями и труднодоступностью привычного наркотика. При этом смена наркотических препаратов, их сочетанное употребление приводит к трансформации клинической картины и утяжелению облигатных синдромов.

Анализ 40 историй болезни пациентов Пермского краевого наркологического диспансера и Пермской краевой клинической наркологической больницы, употребляющих тропикамид, показал, что зависимость от опиатных наркотиков у пациентов была сформирована до начала злоупотребления тропикамидом. Наркозависимых привлекали доступность препарата и возможность его сочетания с другими наркотическими веществами и ненаркотическими средствами, в том числе и с алкоголем. Присоединение тропикамида к основному наркотику пациенты объясняли желанием «усилить интоксикацию». При этом препарат усиливал проявления героиновой и дезоморфиновой интоксикации и в то же время укорачивал их действие, что приводило к значительному повышению частоты инъекций. После спада интоксикации возникало сильное, непреодолимое влечение к повторному введению препарата, так как действие препарата непродолжительно по времени. Отмечались единичные случаи моносубстантного потребления тропикамида. Пациенты указывали на «новые» ощущения, которые ранее не испытывали: оглушенность, обманы восприятия, изменение схемы тела. В состоянии опьянения больные описывали внутреннее беспокойство, тревогу, страх («кажется, что в квартиру

пытаются проникнуть воры»), «на земле множество следов, такое чувство, что люди-невидимки идут прямо на меня»). Несмотря на это, снижение выраженного влечения к повторному приему препарата не наступало. Быстро возрастала толерантность: в течение 2–3 месяцев с 0,5 мл раствора до 5–6 флакончиков 0,1% раствора по 5 мл.

При попадании в организм токсической дозы тропикамида разворачивалась клиническая картина острого психоза (атропиновый делирий) со спутанностью сознания, психомоторным возбуждением, галлюцинаторными и бредовыми переживаниями. В критических случаях наступали угнетение функций головного мозга и глубокая утрата сознания.

Состояние абстиненции протекало тяжело и проявлялось выраженной слабостью, вялостью («нет сил подняться»), артериальной гипертензией, рвотой, сильной головной болью («будто голову разрывает»). Быстро развивались и прогрессировали соматоневрологические осложнения (токсический гепатит, миокардиопатия, нарушения регуляции мочеиспускания, эпилептические припадки, анемия со значительным снижением гемоглобина).

**Выводы:** результатом «модернизации» наркотических субстанций является более выраженная избирательность их действия и значительное содержание токсических примесей. Отсюда – ускоренное формирование зависимости, рост толерантности, быстрое развитие и утяжеление соматических и неврологических осложнений, иммунодефицита и, как следствие, сокращение продолжительности жизни больных.

### **СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕНОМЕНОВ СОЗАВИСИМОСТИ И ЭМОЦИОГЕНЕЗА**

**Андрух П.Г.<sup>1</sup>, Бессмертный А.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования,

<sup>2</sup>Центральная клиническая больница «Укрзалізниці»,  
г. Харьков, Украина

Огромное количество пациентов, зависимых от различных видов психоактивных веществ (ПАВ), на Украине и за рубежом обращаются за помощью к специалистам психиатрам, наркологам, психотерапевтам. Помощь является не всегда результативной. Часто психодиагностика не дает специалистам полных представлений о психических сферах и уникальности феноменологии пациента в ответ на проводимые психотерапевтические вмешательства. В том числе не учитываются значение созависимости в семьях больных и эмоциональное состояние.

Наша цель заключалась в разработке принципов и дифференцированных систем психотерапии и реабилитации лиц с зависимостью от различных видов ПАВ на основании сравнительного клини-

ко-психопатологического, медико-психологического и клинико-психопатологического анализа выявленных у них эмоциональных нарушений и сочетанных расстройств, а также отношений созависимости в их семьях.

Было обследовано 726 пациентов, страдавших зависимостью от разных видов ПАВ. Из них выделены основные контингенты (470 лиц): с зависимостью от алкоголя (200 лиц); с зависимостью от опиоидов (180 лиц); с зависимостью от психостимуляторов (90 лиц).

На основании анализа результатов выявленных клинико-психопатологических, медико-психологических характеристик эмоциональных нарушений и сопряженных расстройств, специфики патоперсоналогии и особенностей эмоциогенеза, отношений созависимости сформулированы принципы системы психотерапии: эмотивности, стрессорности, интрузивности, конгруэнтности, нарастающей массивности, полифокальности, мультиобъектности, социометричности.

Разработанная система психотерапии состоит из компонентов: эмотивного, телесно-ориентированного, личностно-реконструктивного, мотивационного, аутогенного, семейного и конативного, а также этапов: оценочно-диагностического, индивидуально-психотехнического, индивидуально-клинического, индивидуально-персоналогического, аутогенного, семейного, апробационного, катамнестического.

Психосоциальная реабилитация реализована с помощью принципов: мотивированности, совпадения модусов амбулаторной/госпитальной терапии больного и созависимых членов семьи и/или лиц близкого окружения, интенсивности, партнерства, взаимной ответственности, внешней и внутренней транспарентности.

Эффективность разработанных систем в сравнении с контрольной группой составляет: 72% – у лиц с зависимостью от алкоголя; 64% – у лиц с зависимостью от опиоидов; 51% – у лиц с зависимостью от психостимуляторов.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ТУРЕТТА. НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

Аничков А.Д.<sup>1</sup>, Точилон В.А.<sup>2</sup>, Плотнокова И.В.<sup>1</sup>,  
Спирин А.Л.<sup>1</sup>, Поляков Ю.И.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН,

<sup>2</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Под наблюдением находилась больная 26 лет, которая страдала болезнью Туретта с четырехлетнего возраста. Клиническая картина была представлена простыми и сложными тиками; вокализациями – навязчивыми возгласами или вскриками, либо выкрикиванием непристойных слов. Тики и вокализации повторялись каждые 10 секунд. В неврологическом статусе выявлялась рассеянная мелкоочаговая симптоматика, изменений на МР-то-

мограммах не определялось, изменения ЭЭГ в виде диффузных нарушений биоэлектрической активности. При этом интеллектуально-мнестические функции были полностью сохранены. Были выявлены лишь дезадаптация личности по смешанному типу с доминированием психастенических тенденций и высокий уровень напряженности психологических защитных механизмов.

Больной была проведена двухэтапная стереотаксическая операция: сначала билатеральная криоцигулотомия и криодеструкция дорсомедиального ядра слева, а затем через 6 месяцев криокапсулотомия, дополненная односторонней цингулотомией.

При обследовании в течение последующих 8 месяцев отмечены снижение частоты вокализаций, прекращение копролалий, уменьшение количества тиков. Исчезли тревога и внутреннее напряжение. Неврологический статус на дооперационном уровне. Контрольная МРТ – очаги деструкции во всех целевых структурах. В психологическом статусе имеется умеренно выраженная неустойчивость умственной работоспособности, что, однако, не мешало больной окончить аспирантуру, защитить кандидатскую диссертацию. В настоящее время социально адаптирована, вышла замуж, родила здорового ребенка.

Обсессивно-компульсивные расстройства по этиопатогенезу, клинической картине и общепринятой лечебной тактике являются родственными процессами с синдромом Туретта, наблюдаются как первичное страдание в структуре нарушений у пациентов с синдромом Туретта, являясь результатом повреждений во фронтально-лимбико-субкортикальных структурах. В нашей клинике в случаях с тяжелыми некупируемыми обсессивно-компульсивными расстройствами принята этапная тактика стереотаксических вмешательств. Сначала выполняют билатеральную цингулотомию, в ряде случаев дополняемую таламотомией. Через 6–12 месяцев при недостаточности клинического эффекта выполняется передняя капсулотомия, что обеспечивает дополнительный антиобсессивный эффект. Этапность операций, стереотаксическое обеспечение вмешательств позволяет минимизировать травму мозга и получить достаточно выраженный клинический эффект.

## НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ НЕЙРОХИМИЧЕСКИХ СИСТЕМ МОЗГА У ДВУХ ПОКОЛЕНИЙ ПОТОМСТВА ОТ САМЦОВ КРЫС С ДЛИТЕЛЬНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Анохина И.П.

Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва

Значение наследственности в развитии алкоголизма обсуждается давно, однако остается неясным, какую роль в процессе наследования играют

генетические факторы и эпигенетические нарушения. Мы провели изучение функций ряда систем у двух поколений потомства от самцов крыс Wistar, получавших 10–15% алкоголь в течение 6–8 месяцев. Контролем служили потомки здоровых крыс. Изучались различные показатели дофаминовой (ДА) нейромедиации в мозге (концентрация нейромедиаторов, метаболизм, ферменты, рецепторы), состояние ГАМК и опиатных рецепторов ЦНС, экспрессия гена D2 рецепторов в мозге, поведение животных и др. Исследования показали, что большинство показателей у двух поколений потомства самца-алкоголика соответствует их состоянию у этого самца после хронической алкоголизации и достоверно отличается от аналогичных показателей у потомства контрольных животных. Введение 2 г/кг этанола потомкам самца-алкоголика полностью нормализовало концентрацию ДА в лимбических структурах мозга, активность и функции моноаминоксидазы печени, чувствительность и плотность опиатных рецепторов в стриатуме и некоторые другие нарушения. Таким образом, у двух поколений потомства самца-алкоголика многие нейрохимические процессы мозга изменены и находятся «в ожидании алкоголя» – в отсутствие алкоголя их функции нарушены, в то время как этанол нормализует эти процессы. Следующим этапом было изучение влияния хронической алкогольной интоксикации самцов с различной врожденной мотивацией потребления этанола (предпочитающие и отвергающие) на функции ДА нейромедиаторной системы у их потомства. Наиболее существенные сдвиги были выявлены у потомства от отвергающих алкоголь самцов. Эти потомки по нейрохимическим показателям соответствовали животным с высокой врожденной алкогольной мотивацией. Известно, что уровень и характер врожденной мотивации потребления алкоголя генетически детерминированы. В связи с этим возникает вопрос, связаны ли обнаруженные изменения у двух поколений потомков алкоголизированных самцов крыс только с эпигенетическими нарушениями или же они имеют связь с генетическими факторами.

### **НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЭФФЕКТОВ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ГЕРОИНОМ**

**Арзуманов Ю.Л., Васечкин В.Б.,  
Абакумова А.А.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

Были обследованы подростки, рожденные от женщин, употреблявших героин в течение беременности. Из родившихся 1148 человек через 13 лет осталось под наблюдением 128 человек. Проведены клинические, психологические и электрофизиологи-

ческие исследования, где проводилось сравнительное исследование у детей, рожденных от больных алкоголизмом и наркоманией, и подростков, получавших антенатальную интоксикацию героином.

С помощью электродов, помещаемых на скальп, записывались вызванные потенциалы, являющиеся практически единственным способом оценки функционального состояния подкорковых структур головного мозга человека.

У подростков, получавших антенатальную интоксикацию героином, отмечены нарушение концентрации внимания, быстрая истощаемость, повышенная переключаемость. Выявлены нарушения зрительного и слухового восприятия, пространственных представлений, трудность в обучении. Отмечено нарушение слухоречевой и зрительной памяти. Имеются затруднения в конструировании пространственно-временных связей, приводящие к нарушению анализа и синтеза поступивших сигналов. Обнаружены снижение перцептивной моторики, неуравновешенность в поведении, частые конфликты со сверстниками.

Кроме того, показаны высокая частота формирования пороков развития сердечно-сосудистой и мочеполовой систем, наличие мышечных дефектов в стенке живота, пищевода и внутренних носовых отверстий. Отмечены глубокие нарушения в формировании и развитии центральной нервной системы.

Проведенные электрофизиологические исследования показали повреждающее действие внутриутробной интоксикации героином на формирование подкорковых структур мозга и приводящие к ухудшению проведения сигналов, наиболее выраженное в области оливарного комплекса и нижних бугров четверохолмия.

Полученное удлинение времени проведения возбуждения по этим структурам мозга может отражать процесс демиелинизации нервных волокон, обычно приводящий к появлению морфологических изменений в структурах ЦНС. Данные о функциональных нарушениях подкорковых структур мозга, полученные у подростков, антенатально получавших интоксикацию героином, значительно отличаются от результатов, полученных на подростках, рожденных от отцов с зависимостью от алкоголя и наркотиков, где нарушения в проведении возбуждения по стволу мозга отсутствуют.

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПИЩЕВЫХ АДДИКЦИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

**Ахметова В.В., Злова Т.П.**

*Читинская государственная медицинская академия,  
г. Чита*

**Целью исследования** явилось изучение распространенности нарушений пищевого поведения у студентов высшего медицинского заведения.

Сплошным методом были обследованы 770 студентов ГБОУ ВПО ЧГМА. Соотношение девушек и юношей составило 3:1. Для реализации цели была разработана анкета, которая включала социально-демографический блок, а также специальную часть (антропометрические данные, сведения о пищевом поведении, Голландский опросник пищевого поведения, Торронтская алекситимическая шкала). Достоверность результатов оценивали при помощи критерия Стьюдента и коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

В результате проведенного исследования было выявлено, что у 74% студентов-медиков имеются нарушения пищевого поведения, среди которых преобладают экстернальный и смешанный, реже встречаются ограничительный и эмоциогенный.

Установлены некоторые социально-демографические закономерности. Так, нарушения пищевого поведения в два раза чаще встречаются у девушек по сравнению с юношами, что, вероятно, связано с психологическими особенностями. При этом у девушек чаще встречаются ограничительный и смешанный типы, у юношей – экстернальный. Нарушения пищевого поведения чаще встречаются у студентов младших курсов по сравнению со старшими. При этом ограничительное пищевое поведение чаще выявляется на 1-м курсе; эмоциогенное – на 1-м и 3-м, и на 5-м – смешанное. Для студентов лечебного факультета более характерен эмоциогенный тип пищевого поведения, для педиатрического и стоматологического – ограничительный. Распространенность нарушений пищевого поведения выше у респондентов, которые воспитываются в неполной семье, и не зависит от количества детей в семье и типа воспитания. Нарушения пищевого поведения более распространены у студентов, имеющих психологические характеристики алекситимии. У достаточно большого числа студентов имеются связанные с неправильным питанием хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, процент которых увеличивается от 1-го курса к 5-му.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости усиления мероприятий по организации и контролю за правильным питанием студентов, обучающихся в медицинском вузе. Кроме того, необходимо введение обязательного мониторинга нарушений пищевого поведения у студентов-медиков для раннего выявления нарушений и предупреждения развития хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. При этом особое внимание необходимо уделять студентам групп риска. Целесообразным является включение тематики нарушений пищевого поведения в перечень сквозных дисциплин.

## ПРОБЛЕМА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ДЕТЕЙ-СИРОТ

Ахметова В.В., Злова Т.П., Говорин Н.В.

*Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

**Целью исследования** явилось изучение распространенности употребления психоактивных веществ (ПАВ) у детей-сирот.

Для достижения цели сплошным методом были обследованы воспитанники детских домов краевого центра Забайкалья, г. Чита (n=324). У детей препубертатного и пубертатного возраста (11–17 лет, n=136) для оценки наличия доболезненных форм алкоголизации и наркотизации (не обозначенных в МКБ-10) использовали также подростковый вариант «Алкогольной анкеты-опросника» Л.Т. Морозова (1982) (по Гаймоленко А.С., 2008). Степени доболезненной алкоголизации оценивали согласно Ю.П. Лисицину, Н.Я. Копыту (1983).

Анализ распространенности зависимости от ПАВ во всей исследуемой группе показал, что у 12% респондентов имеются доклинические формы употребления алкоголя – в их числе у 3% обследуемых выявлено чрезмерное систематическое потребление, а 7% состоят на учете в наркологическом диспансере с диагнозом «Неоднократное употребление алкоголя с вредными последствиями» (по МКБ-10 F10.1).

При изучении частоты употребления алкоголя у подростков (от 14 до 17 лет) отмечены увеличение клинически значимых форм диагностической рубрики F10.1 (7% среди всех обследованных и 24% у подростков,  $p < 0,01$ ) и значительное снижение числа обследуемых, не имеющих алкогольных проблем (68% и 37% соответственно,  $p < 0,01$ ). Структура алкоголизации у мальчиков и девочек не различалась.

При анализе личностных особенностей подростков в настоящем времени и 2–3 года назад (по методике Морозова Л.Т., 2011) было выявлено кратное ( $p < 0,001$ ) снижение суммарного адаптивного потенциала личности у лиц, употребляющих алкоголь систематически, в том числе с вредными последствиями (т. е. чрезмерно эпизодически + чрезмерно систематически + чрезмерно систематически с вредными последствиями), по сравнению с теми, кто алкоголь не употребляет.

Отмечено, что 15% детей (преимущественно 11–13 лет) употребляют токсикоманические вещества, из них 2% состоят на учете в краевом наркологическом диспансере с диагнозом «Вдыхание паров летучих растворителей, неоднократное употребление с вредными последствиями» (по МКБ-10 F18.1).

Почти 30% всех обследованных детей систематически курят сигареты. Среди подростков этот показателькратно выше – количество курящих превышает 50%.

Таким образом, несмотря на внимание медиков к проблеме алкоголизации и наркотизации, выявить истинную распространенность употребления ПАВ не всегда возможно, поскольку МКБ-10 не учитывает донологические формы.

## ИССЛЕДОВАНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ

Ашкрумова В.И.

*Башкирский государственный университет,  
г. Уфа, Республика Башкортостан*

Знание психологических факторов формирования зависимости может способствовать благоприятному исходу лечения, а игнорирование психологических особенностей взаимосвязи личностных особенностей и копинг-механизмов приводит к недостижимости желаемого результата – избавления от болезни. Поэтому необходимо изучать психологическую зависимость систематически, то есть определять, какие индивидуальные качества присущи больному, понимать, как они влияют на ход лечения и его результат.

В нашем исследовании, проведенном на базе наркологического диспансера, приняли участие 80 наркозависимых, из них 37 мужчин и 33 женщины (от 20 до 62 лет).

Результаты показали, что мужчины, склонные к употреблению психоактивных веществ, легкомысленны, безответственны, импульсивны, у них отсутствует волевой компонент в поведении (рассматривался как личностная особенность). Женщины обладают такими психологическими особенностями, как неуравновешенность, в обществе ведут себя неестественно, могут быть агрессивными, даже неадекватными, излишне скрытными, в них сочетается эмоциональная чувствительность и в то же время черствость.

Мужчины выбирают такой защитный механизм, как замещение, это позволяет сделать вывод о том, что им вследствие различных причин сложно выражать свои чувства и принимать конструктивные решения. В свою очередь, для женщин характерен повышенный фон эмоций, который очень часто связан с неадекватным восприятием окружающих, реакции у таких женщин направлены на разрушение личности, все это свидетельствует о выборе неадаптивного копинг-механизма – регрессии.

Люди, не страдающие наркотической зависимостью, как мужчины, так и женщины, используют адаптивные копинг-механизмы поведения в кризисных ситуациях, такие как рационализация и компенсация, из этого несложно понять, что более адаптивны и социальны зрелые личности, со стабильной самооценкой, уравновешенные и легко идущие на контакт.

На сегодняшний день можно смело говорить об эффективности не только медикаментозной помощи наркозависимым, но и реально действующей и развивающейся помощи медицинских психологов, работающих на базе различных диспансеров и реабилитационных центров, это, в свою очередь, открывает перед врачами новую перспективу – лечение таких больных с учетом их индивидуальных и личностных особенностей.

## ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ (НА ПРИМЕРЕ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ФАС)

Балашова Т.Н.<sup>2</sup>, Исурин Г.Л.<sup>1</sup>,  
Цветкова Л.А.<sup>1</sup>, Боннер Б.Л.<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный университет,  
Санкт-Петербург,*

*<sup>2</sup>Центр наук о здоровье университета Оклахомы, США*

*При поддержке Национального Института по проблемам злоупотребления алкоголем и алкоголизма и Международного центра Фогарти Национальных Институты Здоровья США, исследовательский грант R01AA016234-01A1*

*Содержание этого материала не обязательно отражает позицию Национальных институтов здоровья.*

Одним из основных направлений прикладных исследований в психологии является разработка профилактических программ в области здоровья. Основной проблемой в психологических и социальных исследованиях является отсутствие моделей для разработки вмешательств, которые основывались бы на существующих исследованиях и удовлетворяли потребности различных групп населения. При разработке программы профилактики Фетального алкогольного синдрома (заболевания, возникающего у ребенка вследствие употребления матерью алкоголя во время беременности) исследовательской группой профилактики ФАС в рамках международного сотрудничества между факультетом психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Нижегородским государственным педагогическим университетом и Центром наук о здоровье Университета Оклахомы (США) была реализована модель, включающая четыре основных этапа. На первом этапе разработки профилактической программы проводилось так называемое «формативное» исследование («Formative research»), сочетающее качественные и количественные методы и имеющее своей целью сбор данных, необходимых для подготовки вмешательств и разработки программы, ориентированных на определенные задачи и целевую аудиторию. На втором этапе осуществлялись проектирование вмешательства и пилотное тестирование для необходимой отработки и коррекции дизайна и материалов вмешательства. Третьим этапом являлась эмпирическая проверка действенности данной программы, соответствующая тому, что в медицине называется клиническими испытаниями. Рандомизированные контролируемые клинические испытания в настоящее время являются золотым стандартом при оценке вмешательств в области здоровья, включая психологические (психотерапевтические) методы терапии и профилактики.

Если разработанная программа подтвердит свою эффективность, то для успешного внедрения ее в практику необходимо проведение четвертого этапа исследования – исследования эффективности внедрения (implementation research), которые позво-

лят определить, насколько эффективно использование этого вмешательства и какие условия внедрения необходимо соблюсти для того, чтобы метод, разработанный в экспериментальных, лабораторных условиях, оказался действенным при применении в практике.

## КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ С НИЗКИМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ, ВКЛЮЧАЯ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ: ОПЫТ МУРМАНСКОГО ОБЛАСТНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

**Баранок Н.В.**

*ГОБУЗ МОНД, г. Мурманск*

**Цель исследования.** Изучение влияния участия родственников больных с синдромом зависимости от опиатов в психотерапевтической программе коррекции созависимости на эффективность стабилизации ремиссии опиоидной наркомании.

**Материалы и методы.** 142 больных опиоидной наркоманией (из них 45 инфицированы ВИЧ) в период 45 дней стационарной реабилитации были распределены в 2 группы. Родственники пациентов группы 1 (70 больных: 49 мужчин, средний возраст 26,5±3,6 года, средний стаж наркотизации 6,5±3,5 года) участвовали в программе терапии созависимости, родственникам пациентов группы 2 (72 больных: 47 мужчин, средний возраст 26,5±2,8 года, стаж наркотизации 7,2±3,4 года) проводили обычное консультирование. Затем все больные были включены в амбулаторную реабилитационную программу, где получали блокаторы опиоидных рецепторов и психотерапию. В динамике оценивались уровень реабилитационного потенциала (УРП) и мотивационные установки больных (методика МПВН, В.М. Анохин). Родственники пациентов обеих групп были обследованы с помощью шкалы созависимости (Б. Уайнхолд и Дж. Уайнхолд). Основным показателем эффективности лечения являлась доля больных, находящихся в ремиссии, вторичными – динамика УРП и МПВН.

**Результаты.** Доля больных, находящихся в ремиссии, в группе 1 на сроке лечения 3 месяца была достоверно выше, чем в группе 2 (N=45, 64% и N=34, 47%, p<0,05), как и на сроках лечения 6 и 9 месяцев. На сроке 12 месяцев различие было близко к достоверному (N=19, 27% и N=10, 14%, p=0,062). В группе 1 показатель мотивации к потреблению наркотиков был достоверно менее выражен, чем в группе 2 (3 месяца: 35,8±5,9 и 45,1±9,1, p<0,05; 6 месяцев: 20,6±4,4 и 23,8±4,1, p<0,05). Достоверные различия в УРП между группами 1 и 2 были выявлены через 6 месяцев лечения (64,3±3,8 и 50,2±4,2, p<0,05). Достоверные различия в выраженности созависимости между родственниками пациентов группы 1 и 2 были выявлены через 3 и 10 месяцев от включения

первых в программу терапии созависимости (3 месяца: 30,8±5,9 и 41,1±6,1, p<0,05; 10 месяцев: 24,7±3,4 и 36,4±3,2, p<0,05).

**Заключение.** Участие родственников больных в психотерапевтической программе коррекции созависимости повышает эффективность стабилизации ремиссии опиоидной наркомании, способствует более быстрой редукации интенсивности мотивации к употреблению наркотиков, ускоряет социальную адаптацию больных и способствует значительному снижению созависимых характеристик личности самих родственников.

## ПОКАЗАТЕЛИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ КУРСАНТОВ ВУНЦ ВМФ «ВОЕННО-МОРСКАЯ АКАДЕМИЯ»

**Бахтин И.С., Филюшин В.В., Сырцев А.В.**

*ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия»,  
Санкт-Петербург*

Процесс обучения курсантов и дальнейшей службы на флоте подразумевает высокие психоэмоциональные нагрузки, что может приводить к развитию клинических форм зависимостей. В связи с этим перед психологами вуза встает задача раннего распознавания признаков аддиктивного поведения среди курсантов. В филиалах ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия» был проведен анонимный опрос курсантов для выявления риска возникновения аддиктивного поведения (химических и нехимических аддикций) – использовались скрининг-опросники для выявления риска возникновения зависимости (опросник CAGE для выявления риска алкогольной и наркотической зависимости, 20 вопросов общества анонимных гемблеров, опросник M.D. Griffiths для определения аддикции спортивных упражнений, тест интернет-зависимости С.А. Кулакова). Определение личностных особенностей курсантов проводилось с помощью 16-факторного личностного опросника Р. Кэттелла, опросника «Склонность к отклоняющемуся поведению», опросника формально-динамических свойств индивидуальности В.М. Русалова. По результатам опроса 25% курсантов имеют среднюю степень выраженности риска развития алкогольной и наркотической зависимости, 25% – высокую степень риска; 45% курсантов характеризуются наличием зависимости от никотина, 4% имеют показатели риска развития зависимости от азартных игр, спортивных упражнений и использования интернета. Определение личностных особенностей показало, что курсанты с высокими показателями риска развития алкогольной зависимости характеризуются более высокими показателями по шкалам «доминантность» (p≤0,01), «экспрессивность» (p≤0,05), склонность к аддиктивному поведению (p≤0,01), риск развития интернет-аддикции (p≤0,01) и более выраженной коммуникативной активностью (p≤0,05). Можно предположить, что такие личностные особенности, как «доминант-

ность», «напористость», «жизнерадостность», «беззаботность», высокая коммуникативная активность и импульсивность, являются признаками склонности к аддиктивному поведению у курсантов высших военно-морских учебных заведений.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

**Башлыкова Т.Г., Новохацки А.В.**

*Челябинская областная клиническая наркологическая больница,  
г. Челябинск*

Аддиктивное поведение в подростковом возрасте имеет свою специфику, тесно связанную с особенностями нормативного возрастного кризиса, перестройкой на телесном, психологическом и социальном уровнях функционирования индивида.

Аддиктивное поведение подростка всегда формируется на основе неблагоприятного решения задач, поставленных перед ним условиями макро- и микросреды, при недостаточных физиологических и психологических ресурсах.

К одной из важнейших особенностей аддиктивного поведения в подростковом возрасте относится наличие влечения к объекту, преимущественно на психическом уровне. Поэтому ведущей составляющей процесса лечения и реабилитации подростков с аддиктивными формами поведения является применение немедикаментозной психотерапии, цели и содержание которой отличаются от таковых в случае работы с другими возрастными группами.

В отличие от взрослых, решение о начале психотерапии у детей принимается родителями. Кроме того, отсутствуют другие необходимые для психотерапии у взрослых компоненты: сознание болезни, добровольное решение и воля к выздоровлению. Нередко и сам симптом у ребенка несет в себе «послание к взрослым» или является средством борьбы с ними, и таким образом с его помощью ребенок «отвоевывает» свое место.

Концептуальным основанием детско-подростковой психотерапии является тот факт, что психофизический облик ребенка претерпевает достаточно стремительные изменения. Возвращение в прежнее, «добользенное» состояние не может служить оптимальной целью в работе с ребенком, находящимся в процессе интенсивного роста и развития. Поэтому важно, чтобы психическое состояние к моменту окончания психотерапии характеризовало пациента не до болезни, а соответствовало тому уровню развития психики, который бы сформировался к этому времени при сохранении благоприятных внешних и внутренних условий созреваания.

Учитывая ведущую роль референтной группы в жизни подростка, при проведении реабилитационных мероприятий следует уделять большое внимание групповым формам работы. Наиболее эффективными методами психотерапии на этапе

реабилитации являются арт-терапия, телесно-ориентированная и танцевально-двигательная психотерапия, которые позволяют дать социально приемлемый выход агрессивности и другим негативным переживаниям, развить чувство доверия себе и окружающему миру, повысить самооценку и самоконтроль.

## **НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗООСОЦИАЛЬНЫХ ФОБИЙ В АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У КРЫС В УСЛОВИЯХ ДЕПРИВАЦИИ ИХ МОТИВАЦИИ К КАННАБИНОИДАМ**

**Бевзюк Д.А.**

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины, г. Харьков*

Согласно нашей концепции, агрессивность – это адаптивная реакция, а агрессивное поведение – стратегическая мотивация, возникающая при нарушении жизненно важных констант и направленная на их избавление, сопровождается изначально фобией, тревогой, а затем положительной эмоцией приобретенных свойств агрессора. Одним из факторов трансформации социофобий в агрессивное поведение является депривация гедонического поведения. Социофобии получали с помощью метода зоосоциального конфликта по Кудрявцевой. Модель гедонического поведения у крыс создавали путем 60–70-дневного окуривания их тлеющим каннабисом в лабиринтной методике (Бевзюк Д.А., Кириллова Н.А., 2008). Регистрацию ЭЭГ эмоциогенных структур лимбико-неокортикальной системы осуществляли на энцефалографе фирмы «Медикор» EEG-8. Для купирования агрессивного поведения вследствие депривации каннабиноидной мотивации применяли аппарат «Рамед», генерирующий электромагнитное излучение сверхвысокой частоты и сверхнизкой интенсивности. Результаты исследований показали, что у крыс с зависимостью от каннабиса в лобной коре доминировал бета-ритм, в гипоталамусе – высокоамплитудная полиморфная активность; в гиппокампе – тета-ритм, в сертум – высокоамплитудные тета- и альфа-ритмы. После двухдневной депривации каннабиноидной мотивации усиливалась агрессивность, что выразилось в многочисленных атаках, вертикальных стойках, нападениях и противостоянии, происходила трансформация фобий в агрессивное поведение. Ведущими структурами, судя по ЭЭГ, являлись гипоталамус, гиппокамп, миндалевидный комплекс с более поздним подключением коры и дальнейшим формированием реверберационного круга структур лимбической системы. Десятидневное воздействие электромагнитным излучением сверхвысокой частоты и сверхнизкой интенсивности с использованием аппарата «Рамед» приводило к поступательной нормализации электрической активности во всех исследуемых структурах мозга. В гиппокампе особенно преобладали вначале пароксизмы тета, а за-



тем генерализованная пароксизмальная активность. Такая динамика пароксизмов электрической активности мозга является сигнальным механизмом развития адаптивных процессов при переходных состояниях динамических систем мозга (Вейн А. М., 1999). Тестирование крыс на фобические состояния и возможную трансформацию их в агрессивное поведение показало слабый эффект этого процесса, то есть способ применения аппарата «Рамед» является эффективным терапевтическим методом воздействия на мозг, обладая свойством подавлять механизмы трансформации фобии в агрессию в условиях депривации каннабиноидной мотивации.

## **ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: РАБОТА С ВНУТРЕННИМ КОНФЛИКТОМ**

**Белокрылов И.В.**

*ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва*

В процессе систематически проводимой психоаналитической психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) получены новые данные относительно стратегий повышения их мотивации на лечение. Феномен «борьбы мотивов» рассматривается в контексте внутреннего конфликта, определяющего как динамику самого заболевания, так и поведение больного в лечебно-реабилитационном процессе.

Анализ психотерапевтического процесса позволил описать один из наиболее важных бессознательных аспектов этого конфликта: ненадежность «хорошего» внутреннего объекта, с которым ассоциируются мотивы выздоровления. Поддерживающие, принимающие, успокаивающие внутренние образы отличаются неустойчивостью, размытостью и легко смешиваются с осуждающими и отвергающими чертами «плохого» внутреннего объекта. Парадоксальным образом это ведет к тому, что желание выздороветь воспринимается как внутреннее нападение. На бессознательном уровне ситуация выглядит как необходимость любой ценой защититься от принуждения. Эта внутренняя принуждающая инстанция соотносится с садистическим суперэго. Ему невозможно противопоставить рациональные возражения, и единственным выходом является поиск возможности нейтрализовать влияние суперэго, что достигается благодаря усилению влечения и повторному приему ПАВ. Установленные грубые нарушения в сфере объектных отношений преломляются в психотерапевтическом процессе комплексом когнитивных, эмоциональных и поведенческих проявлений, объединяемых понятиями «расщепление» и «диссоциация» психической деятельности пациентов.

Из представленных теоретических соображений следует, что важнейшей задачей психотерапии аддикции является увеличение степени интегрированности психической жизни пациента, преодоле-

ние диссоциации до уровня, при котором возможны хотя бы временное удержание в сознании и рефлексия плохих и хороших сторон объекта. Данная задача придает особое значение групповой психотерапии. Внутренний конфликт каждого участника в группе экстернализируется и приобретает форму конфликта между участниками группы, участниками и терапевтами, группой и реабилитационной средой в целом; терапевту открывается возможность вести конфликт к разрешению. Принципиальное значение имеет тот факт, что длительное пребывание пациента в группе ведет к интернализации групповой ситуации. Пациент получает возможность постепенно интегрировать прежде расщепленные части «Я» и выдерживать фрустрацию внутреннего конфликта, что создает предпосылки для развития.

## **ПРОБЛЕМА ВЫДЕЛЕНИЯ КРИТЕРИЕВ ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Беребин М.А., Новохацки А.В.**

*Южно-Уральский государственный университет (НИУ),  
г. Челябинск*

В настоящее время в области клинической науки и практики формируется новый подход к рассмотрению каждого конкретного случая заболевания, реализующийся в рамках доказательной медицины, целью которой является разработка и применение методов, позволяющих делать справедливые заключения, исключая влияния систематических, случайных и иных ошибок.

Особое внимание в рамках доказательного подхода уделяется проблемам оказания помощи лицам с заболеваниями психиатрического и наркологического профиля. Достаточно важным является вопрос о критериях эффективности клинико-психологической интервенции на реабилитационном этапе лечения.

Одной из первых в этой области встает необходимость определения критериев положительного исхода, достаточно неоднозначных при взгляде как минимум с трех позиций: медицинской, клинико-психологической, субъективной позиции самого пациента.

С позиции врача-нарколога лечение является эффективным, если удастся достичь длительной и стойкой ремиссии. С клинико-психологической позиции – эффективность лечения определяется полным либо частичным преодолением зависимого поведения. С позиции пациента – возврат к нормальному употреблению алкоголя.

В результате этого рассогласования клиницисты и пациент предполагают достижение различного результата, а терапевтический процесс приобретает рассогласованный характер, где каждый преследует свои цели.

Динамика изменений клинической картины во время психотерапевтических сессий часто является следствием «систематических и случайных ошибок» эмпирики в деятельности психотерапевта и случайных откликов пациента. Эти ошибки обусловлены зачастую субъективностью выбора и использования психотерапевтического метода в отношении больного, неоднородностью терапевтических методов и необходимостью их адаптации под каждого пациента.

По ряду причин, достоверную эффективность либо же неэффективность клинко-психологической интервенции невозможно оценить. Во-первых, не каждый пациент ориентирован на получение психотерапевтической помощи, затратной с позиции его временных, материальных и личностных ресурсов. Во-вторых, на длительную работу ориентированы только пациенты с высокой мотивацией, составляющие лишь небольшой процент среди наркологических больных в силу их субъективного представления об исходе заболевания.

### **ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРАВОСЛАВНОГО БОС-ТРЕНИНГА**

**Берестов А., Грачёв В., Желобанов А.В.,  
Каклюгин Н.В., Зенцова Н.И.**

*Душепопечительский православный центр святого праведного  
Иоанна Кронштадтского Московской патриархии  
Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

**Цель исследования:** выявить динамику психологического и психофизиологического состояния пациентов, обратившихся за помощью в Душепопечительский центр святого праведного Иоанна Кронштадтского, при использовании в качестве психотерапевтического метода сигналов обратной связи стимульного аудио- и видеоматериала с православным содержанием, специально разработанным в ДПЦ.

**Материал исследования.** В исследовании принимали участие лица, зависимые от наркотических средств (50 человек), средний возраст – 21 год. Стаж зависимости от 3 до 12 лет.

В соответствии с методологией проведения процедур БОС, после диагностики начального состояния пациенты (в обстановке психологически комфортных условий и безусловного принятия их со стороны душепопечителей) вырабатывали устойчивый навык ДРД (диафрагмально-релаксационного дыхания) в ДАС-БОС-тренинге, в процессе которого происходили синхронизация ритма дыхания и работы сердца, увеличение ДАС (дыхательной аритмии сердца), что в свою очередь способствовало повышению стрессоустойчивости.

Результаты по тесту МЦВ после проведения БОС-тренинга выявили высокую ориентацию на внешние воздействия, зависимость от значимых других, повышение уровня самоконтроля, требований к окружающим, эмоциональную лабильность. Значимыми другими здесь могут являться священники и психологи, ведущие пациентов по программе.

В процессе ЭЭГ-БОС-тренинга у пациентов формировался навык самостоятельной регуляции биоэлектроволновой активности головного мозга. Осуществлялся тренинг увеличения времени существования  $\alpha$ -ритма и его мощности с опорой на сформировавшийся навык диафрагмального дыхания.

Общие тенденции, зафиксированные в результате работы БОС, таковы: ДАС увеличивается в среднем в 2 раза, частота дыхания понижается до 6–8 дыхательных циклов в минуту. По данным ЭЭГ,  $\alpha$ -ритм (показатель спокойствия) возрастает в среднем на 10–30%.

Реабилитация с применением БОС-тренинга при использовании материалов обратной связи православного содержания влияет на структуру биоэлектрической активности головного мозга, способствует желательному приросту интенсивности и времени существования средневолновой активности ( $\alpha$ -диапазон) и выраженной синхронизации активности полушарий головного мозга, позволяет исключить инертные состояния сознания (т-диапазон).

Использование БОС-тренинга с «православной» обратной связью позволяет эффективно вырабатывать устойчивые навыки психофизиологической регуляции своего состояния, что способствует обретению пациентами состояния устойчивой ремиссии.

### **ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ С ДВОЙНОЙ МАСКИРОВКОЙ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСУЛЬФИРАМА И ЦИАНАМИДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Бернцев В.А., Крупицкий Е.М., Киселев А.С.,  
Алексеева Ю.В.**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

**Введение.** Исследования последних лет показали, что эффективность двух основных препаратов для фармакотерапии алкоголизма – налтрексона и акампросата – не столь высока, как первоначально предполагалось. Поэтому актуальным представляется изучение эффективности давно и широко применяемых в наркологической практике, но сравнительно мало исследованных методами доказательной медицины препаратов сенсibiliзирующего к алкоголю типа действия – неконкурентного ингибитора альдегиддегидрогеназы дисульфирама и конкурентного ингибитора этого энзима – цианамида.

**Цель исследования.** Оценить сравнительную эффективность, а также эффективность относительно плацебо дисульфирама и цианамида в отношении стабилизации ремиссии и профилактики рецидивов алкогольной зависимости.

**Методы.** Проведен промежуточный статистический анализ данных выборки из 120 больных с алкогольной зависимостью, участвовавших в исследовании, что составляет 80% расчетной мощности выборки для данного исследования. Больные с синдромом зависимости от алкоголя после стационарной детоксикации случайным образом распределялись (рандомизировались) в 3 группы амбулаторного наблюдения, пациенты которых получали, соответственно: дисульфирам (Лидевин) в дозе 500 мг/сут однократно и плацебо цианамида в дозе 25 капель дважды в день (1-я группа); цианамид (Колме) в дозе 25 капель дважды в день (суммарная доза 150 мг/сут) и плацебо дисульфирама (2-я группа); плацебо цианамида и плацебо дисульфирама (3-я группа). Всем больным раз в неделю проводили сеанс стандартизированной индивидуальной психотерапии. Контроль комплаенса с фармакотерапией осуществлялся еженедельно путем определения рибофлавинового маркера в моче. Контроль ремиссии проводили также еженедельно методом ретроспективного анализа, верифицированного с помощью определения активности ГГТП в крови и концентрации этанола в выдыхаемом воздухе. На этапе включения в исследование и при его завершении осуществлялись экспертные оценки качества контроля комплаенса родственниками и мотивации больных на лечение. Исследование выполнялось двойным слепым методом с рандомизацией и двойной маскировкой. Общая продолжительность курса амбулаторного лечения составляла 12 недель.

**Результаты.** Для всей выборки был проведен анализ выживаемости методом Каплана–Мейера по событию «рецидив». Анализ выживаемости учитывал такие ковариаты, как контроль комплаенса родственниками (ККР) и экспертную оценку мотивации к лечению (ЭОМЛ). Пациенты, получавшие дисульфирам, дольше удерживались в программе, чем пациенты других групп, как при плохом конечном ККР ( $8,7 \pm 0,59$  недели,  $p=0,002$ ), так и при сочетании плохого конечного ККР и плохой ЭОМЛ в начале лечения ( $5,3 \pm 0,50$  недели,  $p=0,022$ ). Цианамид был более эффективен, чем плацебо, при хорошем ККР и хорошей ЭОМЛ. При средней и хорошей ЭОМЛ в конце исследования длительность удержания в программе в группах обоих препаратов была значимо выше, чем в группе плацебо ( $p=0,05$ ). Достоверных различий между группами по частоте и выраженности побочных эффектов выявлено не было.

**Заключение.** Лечение алкогольной зависимости дисульфирамом и цианамидом эффективно при наличии контроля комплаенса со стороны родственников и/или достаточной установке на лечение со стороны больного.

## НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ АНОДНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ МОЗГА (ТКАМП) У КРЫС С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ЛЕТУЧИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ (ЛОС)

Берченко О.Г., Гейко В.В., Левичева Н.А.

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины, г. Харьков*

Одним из подходов к разработке современных методов купирования аддиктивного поведения является применение немедикаментозных методов, направленных на восстановление морфофункционального субстрата эмоциогенной системы мозга, механизмов адаптации. В связи с этим представляет интерес исследование нейробиологических эффектов ТКМП на экспериментальной модели влечения к ингаляции паров клея «Момент».

В хроническом эксперименте на 20 крысах-самцах с зависимостью от паров клея «Момент» показано, что сеансы ТКМП изменяют интенсивность влечения к ингаляции клея «Момент»: у 50% крыс происходит полное подавление влечения к ЛОС, у остальных – резкое снижение потребления ингалянта, возрастание более чем в 6 раз латентных периодов побегов к ингалянту наряду со снижением времени нахождения возле него. ТКМП модулирует активность системы положительного эмоционального подкрепления с повышением частоты реакции самостимуляции латерального гипоталамуса и подавлением отрицательных эмоциональных компонентов при раздражении амбивалентных зон гипоталамуса, оказывает выраженное активирующее влияние на электрическую активность неокортекса, функциональное состояние гипоталамуса и olfactorius, инициирует механизмы генерации медленного и парадоксального сна. Под влиянием ТКМП выявлена сложная перестройка функциональных взаимосвязей между неокортексом и структурами лимбической системы. Ведущей структурой мозга в инициации этих процессов выступает новая кора в сочетании с миндалевидным комплексом с последующим подключением olfactorius, гипоталамуса и гиппокампа.

В условиях зависимости от ЛОС сеансы ТКМП способствовали нивелированию проявлений абстинентных стресс-реакций в системе крови, что сопровождалось увеличением абсолютного и относительного содержания лимфоцитов, нормализацией лейкоцитарных показателей, повышением эффективности элиминирующих систем гуморального звена иммунитета, что вместе с оптимизацией фагоцитарных показателей отражает торможение иммунного ответа, развившегося под влиянием психоактивного ксенобиотика.

Таким образом, ТКМП оказывает регулирующие влияния на эмоциогенные лимбико-неокортикальные механизмы патологической интеграции влечения к ЛОС, нормализует иммунологическую реактивность.

# АВТОБИОГРАФИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ КАК РЕСУРС ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИНЦИПОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Бессмертный А.В.

*Харьковская медицинская академия последипломного  
образования, г. Харьков, Украина*

В условиях развития психодисциплинарных знаний появляется все больше новых проблем сопряженности аддиктивного статуса пациентов с различными психическими расстройствами. Среди таковых определенное место занимают больные шизофренией, которые употребляют различные виды психоактивных веществ (ПАВ). Зависимости сосуществуют с психическим расстройством и служат преградой для формирования комплаентных отношений. Достижения клинической психологии нуждаются в постоянном дополнении новыми подходами психодиагностики и сопроводительной психокоррекции вышеуказанных контингентов.

Нами предложена цель, заключающаяся в разработке модифицированной психодиагностической методики и принципов сопроводительной психокоррекции больных параноидной шизофренией с зависимостью от различных видов ПАВ на основании клинико-психологического анализа хронодинамических особенностей автобиографической памяти (АБП) и патоперсоналогии.

**Методы исследования:** анамнестический, наблюдения, нарративного интервью, психодиагностический, социально-демографический, контент-анализ, теоретического моделирования, методы описательной математической статистики.

В условиях Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабурова дача) за период 2009–2012 годов было обследовано 45 больных параноидной шизофренией, из них 25 человек – зависимых от алкоголя, 10 – от психостимуляторов, 10 – от транквилизаторов.

В результате анализа данных о хронодинамических особенностях АБП и ее функций, особенностях катамнеза внутренней картины болезни при шизофрении, типа отношения к болезни и специфики наркоанамнеза дополнена и апробирована модифицированная методика «Линия жизни» (Нуркова В.В., 2000). Она получила название «Я и память о болезни». Суть психодиагностики заключается в разделении автобиографических переживаний на три условных блока – «до болезни», «в болезни», «в период катамнеза и будущего». Пациентам предлагается путем свободных ассоциаций на соответствующих полях разместить по 10 слов. К каждому из 30 слов просят вспомнить по ситуации из психологической автобиографии и дать им эмоциональную оценку. Особое внимание в разработке принципов сопроводительной психокоррекции уделялось прогностическим особенностям – антиципации. Подобный подход с успехом практикуется

нами в условиях современного психиатрического стационара, где встречаются случаи зависимости от ПАВ у пациентов с параноидной шизофренией. Эффективность составляет приблизительно 67,00%.

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ) СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Бикетова Л.А.

*Республиканский научно-практический центр  
медико-социальных проблем наркомании,  
г. Павлодар, Республика Казахстан*

В последние десятилетия пристальное внимание мировой общественности и, особенно, специалистов, связанных с проблемами подрастающего поколения, привлекают такие кризисные и масштабные социальные явления, как наркотическая и алкогольная зависимость, религиозный и политический экстремизм, терроризм, вовлечение в криминальные сообщества и деструктивные секты, игровая, компьютерная интернет-зависимость. Степень деструктивного влияния упомянутых социальных эпидемий на общественное здоровье, социальную стабильность, экономику и политику в ряде стран и регионов такова, что вынуждает квалифицировать данную проблему как один из глобальных вызовов эпохи.

Беспрецедентные темпы и масштабы распространения данных социальных явлений свидетельствуют о недостаточной эффективности противодействующих усилий. В частности – об очевидной слабости или даже об отсутствии концептуального видения способов эффективной первичной профилактики вовлечения населения в химическую и нехимическую зависимость.

В рамках реализации научно-технической программы 2011–2013 годов Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании была проведена апробация профилактических программ, направленных на снижение рисков вовлечения в социальные эпидемии (психологические зависимости) среди учащихся общеобразовательных школ Республики Казахстан.

Данное исследование направлено на изучение эффективности экспериментальных диагностических и профилактических программ снижения рисков вовлечения в социальные эпидемии (психологические зависимости) среди подростков и молодежи. Программы включают в себя инновационные подходы в диагностической, информационной, тренинговой, консультационной и психокоррекционной работе с учащимися по профилактике вовлечения в химическую и нехимическую зависимость. Основная мишень проводимых мероприятий и интервенций в рамках данных программ – это диагностика и развитие психологического здоровья среди учащихся

ся. В ходе данной работы исследовались несколько продуктов: компьютерная диагностическая система психологического тестирования уровня развития психологического здоровья и три психокоррекционные программы, направленные на развитие свойств психологического здоровья и устойчивость индивида к вовлечению в деструктивные формы поведения (наркомания, алкоголизм, сектантство, игромания, криминальная активность и др.) среди учащихся в возрасте 9–11, 12–13, 14–17 лет.

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Бисалиев Р.В., Ажгалиев Р.Т.

*Астраханский государственный технический университет,  
г. Астрахань  
ГБУЗ «Городская поликлиника № 3», г. Астрахань*

**Введение.** Суицидальное поведение у зависимых больных и их семейного окружения констатируется, по данным отечественных авторов, от 5% до 85%. Вместе с тем многие аспекты указанной проблемы остаются неизученными. Можно утверждать, что лица, совершившие суицидальные действия, имеют личностные нарушения от акцентуаций до психопатий, хотя в литературе высказывается точка зрения об отсутствии связи суицидального поведения с личностными нарушениями индивида.

**Цель исследования** – изучить личностные особенности у аддиктов и их родственников с суицидальным поведением.

**Материалы и методы.** Обследовано 172 человека – больные алкоголизмом, опиатной наркоманией, зависимостью от азартных игр, а также их матери и жены. Использовались классификации акцентуаций характера А.Е. Личко и классификация расстройств личности по МКБ-10.

**Результаты работы.** Обследуемые были поделены на три группы: с депрессивным, шантажно-депрессивным и аффективно-возбудимым типами суицидального поведения.

У больных алкоголизмом с *депрессивным типом суицидального поведения* встречалась циклоидная (42,9%) и сенситивная (57,1%) акцентуации; у больных опиатной наркоманией – неустойчивая акцентуация (100,0%); у больных с зависимостью от азартных игр – шизоидная акцентуация (100,0%); у матерей – сенситивная акцентуация (100,0%), у жен – циклоидная акцентуация (100,0%). У больных с аддиктивными расстройствами и матерей с *демонстративно-шантажными суицидальными попытками* отмечалось расстройство личности истерического типа; у жен зависимых больных – истерического и смешанного типов – 71,4% и 28,6%. У больных алкоголизмом с *аффективно-возбудимым типом суицидального поведения* отмечались неустойчивая акцентуация (20,0%), расстройство личности смешанного типа (30,0%) и эмоциональ-

но неустойчивое расстройство личности (50,0%); у больных наркоманией и с зависимостью от азартных игр – эмоционально неустойчивое расстройство личности (по 100,0%); у матерей – истерическое расстройство личности (100,0%) и у жен – эмоционально неустойчивое расстройство личности (100,0%).

Таким образом, установленные нарушения аффективной сферы у суицидентов находятся в определенной взаимосвязи с их личностными особенностями, что подтверждает психопатологический генез суицидального поведения.

## ФОКУС-ГРУППА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД РЕШЕНИЯ ПРИКЛАДНЫХ ВОПРОСОВ ОРГАНИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НАРКОМАНИЕЙ

Богданов С.И., Безъязыкова И.В.,  
Богданова С.С., Акимова М.А.

*Уральская государственная медицинская академия,  
Областной наркологический диспансер, г. Екатеринбург*

**Актуальность.** Показатель обращаемости больных наркоманией за помощью в Свердловской области за последние десять лет достоверно ниже среднероссийского уровня. Наблюдается отток пациентов из региона в наркологические учреждения соседних областей. **Цель исследования:** определить причины снижения обращаемости больных наркоманией за специализированной медицинской помощью.

**Материалы и методы.** Инструмент исследования – фокус-группа. Число участников – 13 человек, представляющих наркологическую службу, общественные организации (ОО), осуществляющих помощь больным наркоманией, потребители наркотиков (ПН) в ремиссии и активные ПН. Работа проводилась в соответствии с основными принципами проведения фокус-группы.

**Результаты исследования.** По мнению представителей ОО и ПН, «помощь в принципе доступна, но не эффективна», *технических* преград в получении стационарной помощи нет, главная преграда – финансовая несостоятельность больного. В свою очередь представители медицинского сообщества считают лечение финансово доступным для пациентов. Вопрос об отмене платы за лечение является неоднозначным, так как бесплатный (бюджетный) вариант связан с постановкой под диспансерное наблюдение (ДН) и бесплатность лечения не гарантирует его качество и эффективность. У представителей сообщества активных ПН имеется четкое представление о качестве (эффективности) лечения – это та медицинская помощь, «которая достигает результата, когда человек долго не употребляет наркотики после лечения». Для медицинского сообщества достижение длительной ремиссии является «идеальным результатом», а не главной задачей психиатра-нарколога. Было выявлено, что ни у руко-

водства наркологической службы, ни у потребителей медицинских услуг нет четкого понимания возможностей и потенциала амбулаторной наркологической службы. По мнению ПН, срок диспансерного наблюдения является «необоснованно большим и нередко становится причиной срыва», они считают уклонение от диспансерного наблюдения «вполне разумной адекватной реакцией». Представители ОО считают, что для повышения эффективности необходимо соблюдать принципы преемственности и этапности в лечении, направления больных после стационарного лечения на реабилитацию. Среди профессионального сообщества, ПН и представителей ОО имеется четкое понимание в необходимости психологической помощи для больных наркоманией. Представители ОО высказались за консолидацию усилий государственной наркологической службы и ОО. Уровень стигматизации в отношении больных наркоманией уменьшился. Необходимо решать вопрос об осуществлении контроля за деятельностью многочисленных организаций, предлагающих помощь больным наркоманией крайне низкого качества и способствующих сокращению их числа. В электронных СМИ и Интернет-пространстве крайне мало информации о работе наркологического диспансера. В процессе дискуссии были определены взаимные интересы, найдены варианты сотрудничества на благо больных наркоманией.

## ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИАНЕПТИНА

Богинская Д.Д.

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

**Методы исследования.** Обследовано 50 больных в возрасте от 20 до 38 лет, проходивших стационарное лечение по поводу злоупотребления тianeптином. Все пациенты до начала приема тianeптина в нетерапевтических целях страдали синдромом зависимости от опиоидов (героина). Проведен сравнительный анализ тяжести течения абстинентного периода и эффективности терапии антидепрессантами с контрольной группой из 50 человек – потребителей героина. Использовались клиническая шкала оценки тяжести синдрома отмены опиоидов (COWS), шкала Монтгомери–Асберг для оценки выраженности депрессивных расстройств.

**Результаты.** Выраженность болевой и вегетативной симптоматики в период отмены в группе зависимых от тianeптина была значительно ниже, чем в группе сравнения. Для лечения депрессивных расстройств у больных – потребителей тianeптина применялись amitриптилин, пароксетин, сертралин, флувоксамин, венлафаксин. В начале лечения и до 5-го дня вышеуказанные симптомы были достаточно выражены у всех больных. У больных, получавших сертралин, пароксетин и венлафаксин, интенсивность аффективных расстройств снизи-

лась в 2 раза к 7-м суткам терапии. К 14-му дню у этих больных наблюдался значительный эффект от проводимого лечения, купировались тревога, дисфория, диссомнические расстройства. Выявлено, что наибольшей эффективностью при лечении аффективных нарушений при отмене тianeптина обладают СИОЗС (за исключением флувоксамина в нашем случае). В комплексной терапии также использовались: типичные и атипичные антипсихотики (для купирования влечения к психоактивным веществам и при психопатоподобном поведении), гепатопротекторы различных групп, нейрометаболические стимуляторы и корректоры мозгового кровообращения, витаминотерапия.

**Заключение.** Клинические проявления абстинентного синдрома при употреблении тianeптина имеют сходство с опийным абстинентным синдромом, но с преобладанием аффективных и поведенческих нарушений, которые наиболее интенсивны в первые 3–5 дней отмены. В связи со слабой выраженностью алгического синдрома при отмене тianeптина рекомендуется проводить обезболивание ненаркотическими анальгетиками. При лечении больных с признаками синдрома зависимости от тianeптина наибольшей эффективностью обладают препараты из группы СИОЗС, которые необходимо назначать уже на начальных этапах терапии.

## ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ И АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ СРЕДИ ВРАЧЕЙ

Бодагова Е.А., Говорин Н.В.

*Читинская государственная медицинская академия МЗСР РФ,  
г. Чита*

**Целью** настоящего исследования стало выявление синдрома эмоционального выгорания у врачей лечебных учреждений Забайкальского края в зависимости от наличия алкогольной патологии.

**Материалы и методы.** Обследованы 383 врача городских и краевых стационаров города Читы. Среди них было 65,8% женщин (252) и 34,2% мужчин (131) в возрасте от 23 до 70 лет. Для установления алкогольных проблем использовалась анкета-опросник, разработанная Л.Т. Морозовым (2000–2012). Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) или употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1) использовались критерии МКБ-10. С целью диагностики «синдрома эмоционального выгорания» был использован опросник В.В. Бойко (2004). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента.

**Результаты и обсуждение.** При обследовании врачей наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена в 10,6% случаев. При этом употребление алкоголя с вредными последствиями

было выявлено у 8,0% врачей, а синдром зависимости от алкоголя – у 2,6%. У каждого четвертого врача-мужчины была диагностирована алкогольная патология ( $p < 0,001$ ). Согласно тесту В.В. Бойко, эмоциональное выгорание было отмечено у 61,6% обследованных врачей. При этом фаза напряжения определена у 20,7% респондентов, фаза резистенции – у 55,1%, фаза истощения – у 24,2%; достоверных различий по полученным показателям в зависимости от структуры алкоголизации врачей выявлено не было. Однако у незлоупотребляющих алкоголем средний показатель фазы резистенции и истощения был достоверно выше показателя фазы напряжения ( $p < 0,01$  и  $p < 0,05$  соответственно), при этом у врачей с алкогольными расстройствами фазы эмоционального выгорания были выражены в равной степени.

**Выводы.** Таким образом, выявленная распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей Забайкальского края составила 10,6%, в том числе синдром зависимости от алкоголя – 2,6%. У подавляющего большинства врачей сформирован синдром эмоционального выгорания (61,6%).

#### АЛКОГОЛЬНАЯ АДДИКЦИЯ В КОНТЕКСТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

**Борболдоев Б.А., Кадырова Т.М.**

*Кыргызская государственная медицинская академия  
им. И.К. Ахунбаева,*

*Кыргызская государственная юридическая академия,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Органическое расстройство личности с учетом диагностических критериев, сформулированных в МКБ-10, рассматривается в рамках непсихотических проявлений органической психической патологии. Чаще всего данное нарушение развивается у лиц мужского пола, что обусловлено спецификой их трудовой занятости, большим уровнем травматизма, употреблением психоактивных веществ. На примере стационарного контингента Республиканского центра психического здоровья (РЦПЗ) г. Бишкека Кыргызской Республики изучено соотношение различных факторов в происхождении изучаемой патологии. Обследованы 304 респондента мужского пола старше 18 лет с диагнозом «органическое расстройство личности» (F07.0 МКБ-10). Средний возраст респондентов составил  $40,7 \pm 11,9$  года. В подавляющем большинстве случаев психопатологические симптомы органического расстройства личности были обусловлены черепно-мозговыми травмами (80,9%) и злоупотреблением психоактивными веществами, преимущественно алкоголем (57,9%). То есть более чем в половине случаев формирование органического расстройства личности происходит в результате смешанного воздействия этиологических факторов. В рамках злоупотребления алкоголем синдром зависимости установлен в 47,0% случаев. В качестве причинных факторов госпитализации респондентов

выступали декомпенсации в их состоянии, преимущественно агрессивные, реже суицидальные формы поведения, спровоцированные алкогольной интоксикацией. Госпитализации в психиатрический стационар предшествовали неоднократные случаи прохождения курсов реабилитации в наркологических учреждениях. В подавляющем большинстве пациенты были социально дезадаптированы: 67,5% пациентов к моменту обследования не работали, 13,8% в связи с установленной инвалидностью признаны нетрудоспособными. Около 30% обследованных были одиночками, проживали с родителями, другими родственниками и/или опекались ими; 18,8% находились в разводе; 47,5% пациентов состояли в браке, однако в большинстве случаев брачные отношения носили формальный характер и находились на грани развода. Таким образом, социально-демографические характеристики респондентов явно демонстрируют неблагоприятное взаимодействие изучаемых факторов в формировании органического расстройства личности. Однако не менее значимыми обстоятельствами выступают и существующие в республике медико-социальные проблемы, провоцирующие аддиктивные формы поведения и усугубляющие процессы социальной дезадаптации данной категории лиц.

#### ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕОСОЗНАННОГО ОТНОШЕНИЯ К ОТКАЗУ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

**Борисова Е.В., Арзуманов Ю.Л., Зенцова Н.И.,  
Мещерякова А.А.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

Работа посвящена изучению нейрофизиологических механизмов и психологических особенностей ВНД, лежащих в основе патологической наркологической мотивации у больных наркоманией в период постабстинентного состояния, когда острые проявления абстинентного синдрома были купированы, и на момент выписки больных из стационара.

Исследовали функциональное состояние корковой активности в процессе восприятия осознаваемых и неосознаваемых сигналов. Регистрировался вызванный корковый ответ на зрительные стимулы, попеременно предъявляемые в левом и правом полях зрения, которые последовательно сочетались с нейтральными и мотивационно значимыми неосознаваемыми словами. Анализировались латентные периоды и амплитуда поздней положительной волны P300. В результате показано, что у зависимых от психоактивных веществ больных выработанная патологическая мотивация может проявляться на неосознаваемом уровне. Неосознаваемые связи, сформированные при участии неосознаваемых мотивационно-значимых раздражителей, и могут лежать в основе стойкого патологического влечения к наркотику.

Оценку неосознаваемых процессов в деятельности организма можно проводить с помощью ряда психологических тестов, которые являются составляющими элементами для установки психологического диагноза. Было исследовано психологическое состояние пациентов, зависимых от ПАВ, прошедших курс лечения, и проведен анализ индивидуальной системы значений пациента, его ресурсной, конфликтной зон. Обследованы 48 больных с диагнозом синдром зависимости от опиатов средней стадии (преимущественно с зависимостью от героина). Использовали проективные психологические тесты (тесты М. Люшера, Ч.Э. Осгуда, «Несуществующее животное», опросник тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина). Полученные с помощью экспериментально-психологических методов характеристики больных (с учетом клинико-биографических показателей) показали различную готовность пациентов, на неосознаваемом уровне восприятия, к воздержанию от употребления ПАВ, причем на сознательном уровне пациент может оценивать свое состояние иначе или прямо противоположным образом. В результате разработаны рекомендации по оценке эмоционального (бессознательного) отношения лиц, зависимых от ПАВ, к тестовым, специально подобранным понятиям, позволяющие на основе анализа бессознательных явлений неосознаваемой обстановки спрогнозировать вероятность риска рецидива заболевания.

### **ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕН ПАЦИЕНТОВ С ХИМИЧЕСКОЙ И НЕХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА МОДЕЛИ АЛКОГОЛЬНОЙ И ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

**Бочаров В.В., Ерофеева Н.А.**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

**Цель:** анализ особенностей личностного функционирования жен пациентов с химической и нехимической зависимостью на модели алкогольной и игровой зависимости в связи с задачами психокоррекции.

В исследование включено 86 респондентов. Из них в первую группу – жены пациентов с алкогольной зависимостью (ЖАЗ) – включено 40 человек (средний возраст 43,35 года, SD=10,68), во вторую – жены пациентов с игровой зависимостью (ЖИЗ) – 16 (средний возраст 35,56 года, SD=9,53). Контрольную группу (КГ) составили 30 жен, мужья которых социально адаптированы (средний возраст 42,43 года, SD=10,42). В работе был использован клинико-психологический метод – полуструктурированное интервью, Я-структурный тест Аммона.

Анализ результатов показал, что в группах ЖАЗ и ЖИЗ по сравнению с КГ достоверно выше показатели по шкалам: «Дефицитарная агрессия»,

«Деструктивное внешнее Я-отграничение», «Дефицитарное внешнее Я-отграничение», «Деструктивный нарциссизм», «Дефицитарный нарциссизм», что позволяет говорить о выраженной личностной дисфункциональности жен пациентов с аддикцией. При этом ЖАЗ по отношению к ЖИЗ и КГ имеют значимо ниже шкалы «Конструктивное внешнее Я-отграничение», «Конструктивное внутреннее Я-отграничение», «Конструктивный нарциссизм», «Конструктивная сексуальность». Согласно полученным данным, у ЖАЗ выявляются более выраженные нарушения способности устанавливать оптимальные интерперсональные контакты и контролировать межличностную дистанцию, низкая способность к продуктивной психической концентрации, низкая самооценка, зависимость от внешней оценки, снижение личностной сексуальной активности. У ЖИЗ по отношению к ЖАЗ и КГ достоверно выше показатели по шкалам «Конструктивная агрессия» и «Дефицитарное внутреннее Я-отграничение», что отражает более высокую активность, открытость и коммуникабельность, наряду с этим выявлены такие особенности личностного функционирования ЖИЗ, как импульсивность, слабость эмоционального контроля, непоследовательность в интерперсональных взаимоотношениях.

Полученные данные свидетельствуют о выраженной личностной дисфункциональности жен пациентов с аддиктивной патологией, в связи с чем необходимы разработка и проведение специализированных психокоррекционных мероприятий для данной категории лиц. Вместе с тем достоверные различия между ЖАЗ и ЖИЗ указывают на то, что психокоррекционные мероприятия должны проводиться системно и дифференцированно, учитывая результаты настоящего исследования.

### **ЛИЧНОСТНАЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ МАТЕРЕЙ И ЖЕН ПАЦИЕНТОВ С ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ**

**Бочаров В.В., Шишкова А.М.**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований («Психологические детерминанты психической дисфункциональности членов семьи пациентов с героиновой наркоманией»), проект № 12-36-01011.*

Наркотическая зависимость одного из членов семьи, как правило, становится психотравмирующим фактором для его близких, часто приводя к возникновению у них социально-психологической дезадаптации.

Для создания эффективной системы психологической помощи наркозависимому и его близким необходимо учитывать особенности их психического функционирования.



**Целью настоящего исследования** явилось изучение особенностей личностного функционирования матерей и жен пациентов с героиновой наркоманией.

Исследование проводилось при помощи клинико-психологических методов, а также «Я-структурного теста Г. Аммона».

В исследовании приняли участие 30 матерей (средний возраст составил  $55 \pm 4,3$  года) и 30 жен (средний возраст  $32 \pm 2,4$  года) пациентов с героиновой наркоманией.

При клинико-психологическом исследовании в группе матерей и жен пациентов с героиновой наркоманией отмечаются в целом сходные тенденции, отражающие значительное нарушение их личностного функционирования.

Личностный профиль матерей и жен наркозависимых по «Я-структурному тесту» характеризуется выраженным превышением «деструктивных» и «дефицитарных» шкал над «конструктивными» по всем рассмотренным базовым личностным функциям. Статистически достоверные различия показателей получены по шкалам: «Дефицитарной тревоги» (при  $p < 0,01$ ), «Конструктивной сексуальности» и «Деструктивной сексуальности» (при  $p < 0,001$ ).

Анализируя данные проведенного исследования, можно говорить о том, что матери и жены пациентов с героиновой наркоманией характеризуются: повышенной тревожностью; сужением круга интересов; трудностями дифференциации собственных ощущений и переживаний, а также регуляции межличностной дистанции; выраженным снижением самооценки и стремлением избегать доверительных контактов.

Кроме того, у жен, по сравнению с матерями наркозависимых, значительно нарушена не только регуляторная, но и сигнальная функция тревоги, а также отмечается наличие более высокого потенциала в установлении партнерских отношений.

Нарушения личностного функционирования у матерей и жен пациентов с героиновой наркоманией достигают уровня выраженной личностной дисфункциональности и требуют специализированной психологической коррекции.

### УРОВЕНЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И ПОКАЗАТЕЛИ РИСКА СУИЦИДА У НАРКОЗАВИСИМЫХ

Бочкарёва И.Ю., Кривулин Е.Н., Люмина О.В.,  
Юркина Н.В., Васильев В.Н.

*Челябинская государственная медицинская академия  
МЗСР РФ, г. Челябинск*

*Областной наркологический диспансер, г. Магнитогорск*

Актуализация проблемы наркотизации населения Магнитогорска подтверждается ростом таких индикативных показателей, как число госпитализированных, число освидетельствованных, смертность от передозировки наркотиков. Статистика заболеваемости и болезненности наркоманиями в Магнитогорске превышает среднеобластные данные на 20,0%.

Отделение создано в структуре ГБУЗ «ОНД» г. Магнитогорска в апреле 2012 года. Лечебно-реабилитационная программа (научный руководитель проф. Кривулин Е.Н.) поэтапная, основана по принципу терапевтического сообщества. На первом этапе пациенты поступают в лечебный блок, проходят детоксикацию 5–14 дней, на этом этапе специалисты проводят мотивационное консультирование и по желанию пациенты переводятся в реабилитационный блок. Базовый курс реабилитации – 3–6 месяцев, амбулаторная реабилитационная программа до 12 месяцев. Лечение в отделении прошли 360 человек, пойти на реабилитацию после мотивационного консультирования изъявили желание 9,7% ( $n=35$ ).

**Целью исследования** явилось изучение связи уровня реабилитационного потенциала с показателями риска суицидального поведения у наркозависимых.

Клинико-психологическому изучению подверглись 30 пациентов с зависимостью от опиоидов (МКБ-10 F11.2), мотивированных на участие в реабилитационных программах, и 48 больных с данной патологией без установки на прохождение курса реабилитации. Использовались психодиагностические шкалы: уровень реабилитационного потенциала, шкала оценки риска суицида Паттерсона.

Изучение уровня реабилитационного потенциала, предикторов риска суицида и мотивационных установок на отказ от употребления ПАВ и участие в реабилитации показало следующее: контингент больных наркоманиями в бюджетном учреждении представлен в основном лицами с низким уровнем социального функционирования и низким реабилитационным потенциалом; большая часть больных обращается лишь за помощью по купированию синдрома отмены и отвергает участие в реабилитационных мероприятиях; у пациентов, немотивированных на участие в реабилитационных мероприятиях, обнаружены более выраженные признаки депрессии, ситуативной тревожности, безнадежности и искаженной самооценки; мотивация на отказ от наркотиков в нашем исследовании не влияла на высокие показатели риска суицида.

### ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ КОНТРОЛЯ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ СИСТЕМ И БОЛЕЗНИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ: РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АССОЦИАТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Бродянский В.М., Воскобоева Е.В.,  
Чупрова Н.А., Кибитов А.О.

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ, Москва*

**Цель исследования:** провести анализ связи частот встречаемости полиморфизмов генов, контролирующих работу четырех нейромедиаторных систем: дофамина (DA), норадреналина (NEP), се-

ротонина (5HT), холецистокинина (ССК) и эндогенной опиоидной системы с двумя наиболее частыми болезнями зависимости от ПАВ – алкоголизм и опийная (героиновая) наркомания.

Группы пациентов: стационарные пациенты Клиники ФГБУ ННЦ наркологии (Москва), мужского пола, этнические русские, не родственные между собой: F10.2 (n = 548), F11.2 (n = 253) и контроль (n=259). Проводили генотипирование образцов ДНК пациентов по полиморфным локусам ключевых генов: 1. DA система: дофаминовые рецепторы типа 2 (DRD2-2 локуса) и типа 4 (DRD4-2 локуса), ферменты тирозингидроксилаза (TH), дофамин-бета-гидроксилаза (DBH-2 локуса), катехол-орто-метил-трансфераза (COMT) и белок – трансмембранный синаптический переносчик ДА (DAT-2 локуса); 2. NEP система: дофамин-бета-гидроксилаза (DBH-2 локуса), тирозингидроксилаза (TH); 5HT система: белок – трансмембранный синаптический переносчик серотонина (SERT-2 локуса), серотониновые рецепторы (5-HT-2A, 5-HT-3B); ССК система: холецистокинин, рецепторы к холецистокинину типа А (ССКАR) и В (ССКBR), а также опиоидный рецептор мю-1 (OPRM1).

Выявлены достоверные и единые для алкоголизма и опийной наркомании сдвиги частот ряда полиморфизмов генов дофаминового рецептора типа 2 и тирозингидроксилазы, что, с учетом важнейшей физиологической функции продуктов этих генов в механизмах подкрепления, доказывает ведущую роль ДА системы в этиопатогенезе болезней зависимости от ПАВ. Изменения частот полиморфизмов по гену дофаминового рецептора типа 4, белка-переносчика дофамина (DAT) и генам системы серотонина (наибольшие различия получены для алкоголизма) различны и разнонаправлены для этих заболеваний, но значительны по сравнению с контролем. Частоты полиморфизмов генов норадреналина значительно сдвинуты только у больных опийной наркоманией. Сдвигов частот полиморфизма генов мю-опиоидного рецептора и системы ССК не выявлено. Можно предполагать, что вклад нарушений систем генетического контроля нейромедиации различен и зависит как от физиологической роли самих нейромедиаторов (центральная или модулирующая), так и от специфических (возможно, личностных) особенностей пациентов, что наиболее важно в контексте предпочтения конкретного вида ПАВ.

## СМЫСЛООБРАЗУЮЩИЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТИ И ОТНОШЕНИЕ К ПОТРЕБИТЕЛЯМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Букановская Т.И., Дзапарова Л.К., Гацоева Н.Б.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия  
МЗСР РФ, г. Владикавказ

Одним из факторов, определяющих мотивацию к потреблению психоактивных веществ (ПАВ)

у лиц юношеского возраста, является лояльное отношение к потребителям ПАВ, основанное на определенных психических свойствах личности.

**Целью исследования** являлось изучение эмоционально-оценочного отношения к образу наркомана у представителей студенческой молодежи в сопоставлении со смыслообразующими аспектами их личности.

**Материал и методы исследования.** Были обследованы 75 лиц юношеского возраста в возрасте 21–25 лет, студентов вуза. Используемые тестовые методики: 1) метод семантического дифференциала (СД) по В.Ф. Петренко; 2) тест смысложизненных ориентаций (СЖО) по Д.А. Леонтьеву; 3) исследование ценностных ориентаций (ЦО) по М. Рокичу; 4) исследование самооценки (Оц) по Дембо-Рубинштейн. При обработке результатов использовался метод однофакторного анализа.

**Результаты.** При общей негативной оценке образа «наркомана» по векторам СД были выявлены личностные факторы, усиливающие и ослабляющее негативное отношение к потребителям ПАВ. К позитивным личностным аспектам, имевшим отрицательную корреляцию с оценочными определениями «наркомана», были отнесены: 1) фактор «Цели в жизни» (СЖО) – по вектору привлекательности (F=7,9; p=0,0010), дружелюбия (F=4,9; p=0,0110) и интеллекта (F=3,0; p=0,0580); 2) фактор «Уверенность» (Оц) – по вектору привлекательности (F=5,7; p=0,0210), дружелюбия (F=3,5; p=0,0380) и эмоциональной устойчивости (F=4,0; p=0,0510); 3) фактор «Гедонизм» (ЦО) – по вектору дружелюбия (F=5,7; p=0,0057) и интеллекта (F=8,4; p=0,0006). Фактором, ослабляющим негативное отношение к потребителям ПАВ, являлся фактор «Перфекционизм» (ЦО), имевший положительные корреляции по вектору привлекательности (F=5,0; p=0,0099), силы (F=5,7; p=0,0056), способности (F=4,3; p=0,0180), интеллекта (F=3,9; p=0,0330) и эмоциональной устойчивости (F=3,2; p=0,0480). Выделенный фактор имел отрицательные корреляции с оценочными определениями «студента» почти по всем векторам СД. Выдвинута гипотеза, что перфекционные установки обучающейся личности, способствующие развитию синдрома истощения («выгорания»), могут порождать мотивацию к приему психоактивных и наркотических веществ.

## ОСОБЕННОСТИ СТИГМАТИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Буторин Г.Г.

Челябинский государственный педагогический университет,  
г. Челябинск

Стигматизация рассматривается в основном при хронических психических заболеваниях, однако при наркологических расстройствах этим вопросам уделяется недостаточное внимание.

Были изучены особенности стигматизации наркологических заболеваний у подростков. Для этой цели разработаны два модифицированных варианта анкеты согласно вопроснику ESPAD 03: для подростков с алкогольной зависимостью и для обследования отдельных групп взрослых респондентов. Используются клинико-психопатологический, клинико-катamnестический и клинико-анамнестический методы, сведения, полученные от самих подростков, их родителей, данные из амбулаторных карт.

Опрошено 48 подростков 14–18 лет с клинически верифицированным диагнозом «синдромом алкогольной зависимости» и с критериями, соответствующими I–II стадии алкогольной болезни (МКБ-10): они проживали в родительских семьях (42 – неполные); 27 учились в старших классах общеобразовательных школ, 5 – в ПТУ, 6 – ушли из школы и занимались простейшими видами труда. В большинстве случаев (72,9%, n=35) алкоголизация начиналась в возрасте от 10 до 14 лет. Длительность заболевания составляла 3–5 лет.

Опрос отдельных групп взрослых показал, что большинство респондентов (65,6%, n=86), кроме родителей, считали алкоголизм заболеванием, в котором повинны как сами подростки, так и их родители, многие из них были сами пьющими (n=43), а 26,6% (n=35) опрошенных употребление подростками алкоголя считали вредной привычкой. Причинами наркологических заболеваний большинство опрошенных называли либо наследственные факторы, либо неблагоприятные воспитательные приемы. Сам факт врачебного установления у подростка алкогольного заболевания негативно сказывается на отношении окружающих взрослых. Школьные специалисты негативно, с оттенком пренебрежения, отзывались об учениках с аддиктивным поведением, оценивая их как «грубых», «беспечных», «несообразительных», «тупых». Часто несправедливо занижая оценки, создавали у ученика чувство неуспеха, стигматизируя и дискриминируя этим подростков. Считая алкоголизм болезнью неизлечимой, они советовали как можно раньше приобрести какую-нибудь специальность.

В семьях подростки с алкогольным заболеванием (69,2%, n=36) оцениваются часто как компрометирующее событие. Большинство родителей знали о пьянстве своих детей и считали, что напрасно обращались к врачам, которые поставили необоснованный, с их точки зрения, диагноз по принципу «раз выпивает – значит, алкоголик».

Негативные отношения к таким подросткам и их семьям являются стимулом скрывать это обстоятельство, что не только мешало раннему обращению подростка и его родителей к врачу, но и затрудняло начало своевременного лечения и препятствовало регулярному посещению подростками лечащего врача, нарушая при этом весь лечебно-реабилитационный процесс (комплаентность).

## СОЧЕТАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ И ЭНДОГЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ: DUAL DISORDER (ДВОЙНАЯ БОЛЕЗНЬ) ИЛИ КОМОРБИДНОСТЬ

Бухановская О.А.

ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс»,  
г. Ростов-на-Дону

**Цель:** анализ распространенности сочетаний болезни зависимости с шизофренией и аффективными расстройствами с попыткой ответить на вопрос – случайно ли такое сочетание или между этими расстройствами существует сущностная связь.

**Материалы и методы.** Критерии включения: больные обоим полов вне зависимости от возраста, которым на протяжении жизни, в соответствии с требованиями МКБ-10, модифицированными нами, были установлены два и более диагнозов. Один из них соответствовал диагностическим критериям любой зависимости (З) – химической (как правило, согласно требованиям раздела F10–F19) или нехимической (с учетом требований раздела F63), второй – эндогенного психического заболевания (ЭЗ): шизофрения, шизоаффективное расстройство, большое депрессивное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное депрессивное расстройство. Критерии исключения: объективно и доказательно подтвержденные случаи экзогенного повреждения мозга, признаки органического психического заболевания (F00–F09), умственная отсталость. Анализу подвергнуты 53 пациента, из них мужчин – 46, женщин – 7. Средний возраст – 23,3 года.

**Результаты.** Случаи сочетанного расстройства составили 37% от всех случаев ЭЗ. Обнаружены и будут описаны различные варианты этих сочетаний. Выявлены особенности клинических проявлений как ЭЗ, так и З, что позволило выделить две основные группы такого сочетания: истинное сочетание двух заболеваний (Dual Disorder) и ЭЗ с признаками симптоматической З. Принципы лечения и его прогноз существенно различаются в обеих группах.

**Заключение.** Сочетание ЭЗ и З по своей сути гетерогенно и включает как случаи сочетания двух самостоятельных заболеваний – Dual Disorder, так и вариант ЭЗ с симптоматической З – коморбидность. Принципы лечения, дифференцированная терапия и прогноз в обеих группах имеют как признаки сходства, так и отличия.

## АДДИКЦИЯ ИЛИ ЗАВИСИМОСТЬ: РОСТОВСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ К КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бухановский А.О.

ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс»,  
г. Ростов-на-Дону

**Цель:** анализ различных подходов к понятию, квалификации и классификации одной из

форм поведения, принимающей во все большей степени черты глобальной угрозы. Разночтения среди специалистов значительно затрудняют не только выявление этого расстройства и его лечение, но и его профилактику, предупреждение социально важных экономических, криминальных, виктимных, суицидальных последствий.

**Материалы и методы.** Собственный материал представлен 512 наблюдениями различных частных форм, диагностированных как болезнь зависимости. **Методы исследования:** клинический и катамнестический (результаты применявшихся при обследовании этих пациентов иных методов: генеалогического, патопсихологического, электрофизиологического, МРТ в ангиорежиме и пр. в данном сообщении анализироваться не будут). Анализу будут подвергнуты две основные концепции – аддикции и нозологически самостоятельного психического заболевания с условным названием «болезнь зависимости» (БЗ). Именно последней и придерживается автор.

**Результаты.** Исходя из нозологического принципа классификации психических заболеваний предлагается модель психической болезни – БЗ, разрабатываемой в Ростове вот уже более 30 лет. Она включает: представления об этиологии, патогенезе, морфо-функциональном субстрате, предрасположении, механизмах инициации заболевания, клинико-динамическую модель болезни, принципы ее дифференциальной диагностики, прогноз, причины высокого уровня истинной коморбидности и сочетаний с иными психическими заболеваниями (Dual Disorder), принципы терапии, профилактики (первичной, вторичной, третичной), причины высокого риска криминогенности, виктимности, антивитальности и суицидогенности, подходы к судебнопсихиатрической оценке, медико-генетическому консультированию. Будет предложена внутренняя систематика (классификация) этого заболевания.

**Заключение.** Понимая невозможность реализации этого предложения на международном уровне (при подготовке варианта МКБ-11), автор все же считает своим долгом внести предложение о включении в число психических болезней, хотя бы в отечественную классификацию, БЗ, которая на сегодняшний день должна рассматриваться как единое психическое заболевание, имеющее внутреннюю систематику (классификацию).

## РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

**Ваисов С.Б.**

*СПбГБУЗ ГНБ, Санкт-Петербург*

Модель реабилитации является целостной и эффективной при воздействии на все аспекты зависимости, имеющей биопсихосоциальную этиологию. Модель «7 потенциалов»

(первоначальное название «Векторы развития») предполагает воздействие на все составляющие зависимости:

1) биологический аспект: развитие физического потенциала зависимого;

2) психологический аспект: развитие эмоционального, личностного, интеллектуального, креативного и духовного потенциалов зависимого;

3) социальный аспект: развитие социального потенциала зависимого.

Каждый из приведенных ниже потенциалов развития можно связать с соответствующей потребностью в иерархической модели А. Маслоу:

1. Потенциал тела определяется нереализованными физиологическими потребностями, в частности, с подавленной сексуальностью. Развитие потенциала тела связано с формированием гармоничного образа тела.

2. Эмоциональный потенциал определяется нереализованной потребностью в безопасности. Показателем развития потенциала является изживание аффектов, преодоление страхов, развитие самовосприятия.

3. Социальный потенциал отражает нереализованную потребность в принадлежности и любви, проявляясь в замещающем поведении. Развитие потенциала определяется повышением уровня адаптации зависимого к среде.

4. Личностный потенциал я связываю с «престижными» потребностями, блокируемыми вследствие дисфункции Личности (дезинтеграции Я-концепции). Соответственно, развитие потенциала связано с интеграцией Я-концепции пациента, развитием функции Эго.

5. Интеллектуальный потенциал определяется познавательными потребностями: знать, уметь, исследовать. В реабилитации это реализуется посредством приобретения знаний о зависимости, развития навыков анализа, целеполагания и планирования.

6. Творческий (креативный) потенциал связан с эстетическими потребностями. Показателем реализации потенциала является развитие доверия к творческой части своей личности, генерирование оригинальных идей, «опрокидывание» стандартов, придание завершенного вида продуктам своего мышления.

7. Духовный потенциал отражает потребность человека в самоактуализации. Показатель развития потенциала – смещение акцента с чувственных и материальных интересов к внутреннему совершенствованию; преодоление экзистенциальных кризисов.

Получение знаний и опыта, связанных с каждым потенциалом и соответствующих потребностей личности, воздействует на все аспекты биопсихосоциального заболевания и определяет цель реабилитации не как достижение длительной ремиссии, а как формирование гармоничной личности.

**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ  
ДОФАМИНОВОЙ СИСТЕМЫ МОЗГА  
У ПОТОМКОВ ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ  
ОТВЕРГАЮЩИХ И ПРЕДПОЧИТАЮЩИХ  
АЛКОГОЛЬ ХРОНИЧЕСКИ  
АЛКОГОЛИЗИРОВАННЫХ КРЫС-САМЦОВ****Веретинская А.Г., Векшина Н.Л.,  
Николаева В.В.***Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

**Целью исследования** явилось изучение влияния длительной алкоголизации крыс-самцов с различным отношением к этанолу на функциональное состояние дофаминовой (ДА) системы их потомков. Эксперимент проведен на крысах-самцах, которые в двух поколениях отбирались по уровню предпочтения алкоголя (предпочитающие и отвергающие) и разделялись на соответствующие группы. Самцы с различным отношением к этанолу в двух поколениях после длительной принудительной алкоголизации (4,5 месяца потребляли 15% раствор этанола) спаривались с интактными самками. Дальнейшие эксперименты проводились на их потомках. Функциональное состояние ДА системы оценивалось по содержанию ДА в гипоталамусе методом ВЭЖХ и по числу мест связывания ( $V_{\text{макс}}$ ) Д2 ДА рецепторов стриатума и по их сродству к лиганду (Кд) радиометрическим методом. Статистическая обработка данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента. Результаты исследования показали, что уровень ДА в гипоталамусе предпочитающих этанол крыс значительно (на 46%) ниже, чем у отвергающих алкоголь животных. Данные свидетельствуют о дефиците ДА нейромедиации у крыс с наследственным предпочтением этанола. Хроническая алкоголизация предпочитающих и отвергающих этанол самцов вызывала однонаправленные, но различные по степени выраженности изменения уровня ДА и значений  $V_{\text{макс}}$  у их потомков. У потомков предпочитающих этанол крыс-пробандов уровень ДА в гипоталамусе на 28%, а у потомков отвергающих этанол самцов – на 70% ниже по сравнению с уровнем ДА у животных соответствующих групп, не подвергавшихся действию алкоголя.  $V_{\text{макс}}$  у потомков предпочитающих алкоголь отцов на 41%, у потомков отвергающих самцов-родителей – на 63% выше по отношению к животным соответствующих групп, не получавших этанол. Таким образом, у потомков хронически алкоголизованных, отвергающих в двух поколениях этанол самцов ДА система мозга более лабильна и подвержена изменениям, в результате которых происходит приравнивание ее функционального состояния к ДА системе предпочитающих этанол самцов-родителей. Можно предположить, что в результате длительной алкогольной интоксикации отвергающих алкоголь самцов их потомство может переходить в группу высокого риска формирования алкогольной зависимости.

**ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ  
СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ  
(СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ) ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО  
ПРОФИЛЯ****Винникова М.А.***Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ, Москва*

Введение универсальных Порядков и Стандартов оказания медицинской помощи позволит повысить качество оказываемой помощи, оптимизировать затраты государства, юридически регулировать работу медицинского персонала; обяжет в первую очередь руководящий аппарат лечебно-профилактических учреждений серьезно заниматься мониторингом эффективности и безопасности лекарственных средств, исключив субъективные оценки.

Именно в Стандартах оказания медицинской помощи наркологическим пациентам остро стоит вопрос формирования перечня лекарственных препаратов, используемых для лечения синдрома зависимости. Лечение больных наркологического профиля является трудной задачей, что вытекает из самой природы болезней зависимости. Сложность этого вопроса состоит в том, что синдром зависимости является заболеванием мультифакториальным, а хроническая интоксикация ПАВ вызывает полисистемное поражение. Поэтому в данном случае просто необходимо подходить к формированию перечня лекарственных препаратов для Стандарта комплексно: учитывать не только основные мишени терапии, но и соматоневрологические последствия хронической интоксикации ПАВ.

Проведенный анализ имеющейся нормативно-правовой базы, регламентирующей формирование Стандартов, походы к лечению отечественной школы наркологии, международный опыт стандартизации в здравоохранении, позволил сделать следующие заключения. Вполне обоснованно включать в Стандарт оказания наркологической помощи такие группы ЛС, которые не имеют прямых показаний («синдром зависимости», «алкоголизм», «наркомания» и пр.), но абсолютно необходимы в терапии различных состояний при синдроме зависимости. В таком случае следует опираться на научные исследования в области нейробиологии и присутствие патогенетического обоснования применения ЛС. По мере появления новых лекарственных препаратов, методов лечения, технологий и т. п. Стандарты необходимо пересматривать и дополнять. Несмотря на позитивные явления в области нормотворчества стандартизации в здравоохранении, тем не менее существует потребность в регламентирующем документе, позволяющем разработать механизм дополнения и обновления Стандартов, включения в них новых лекарственных средств, технологий лечения и пр. Не вызывает сомнений, что Стандарты лечения должны содержать в себе перечень лекарственных средств, имеющих серьезную доказательную базу эффективности. Но встает вопрос о выполнимости данного требования в современных

социально-экономических условиях нашей страны. В данном случае следует опираться на многолетний клинический опыт и руководствоваться принципами терапии наркологических пациентов, применяемыми в отечественной школе наркологии.

## ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ УСТАНОВКИ В ТЕРАПИИ АДДИКТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Воеводин И.В.

*НИИ психического здоровья СО РАМН, г. Томск*

Аддиктивные состояния обнаруживают высокую (более 40%) коморбидность с тревожно-депрессивной симптоматикой. В психотерапии аддикций целесообразно использование когнитивно-поведенческого подхода, как наиболее эффективного для нормализации эмоционального реагирования на сложные жизненные ситуации. К данным ситуациям можно отнести и те, что провоцируют потребление психоактивных веществ. Без нормализации эмоционального реагирования на эти ситуации невозможно добиться стойкого изменения реагирования поведенческого.

Практика когнитивно-поведенческой терапии базируется на выявлении иррациональных когнитивных установок (ИКУ), обуславливающих неадаптивное эмоциональное и поведенческое реагирование. При этом общепринятой классификации ИКУ не существует; различные авторские подходы могут вызвать затруднения как у начинающего терапевта, так и в процессе повышения квалификации, обучения психотерапии психиатров-наркологов.

В связи с этим мы представляем рабочую классификацию ИКУ, принятую в практике НИИ психического здоровья. В данной классификации выделяется пять базовых и пять дополнительных ИКУ. Базовые ИКУ могут быть определены объективно с помощью опросника А. Эллиса.

1. Катастрофизация (драматизация сложных жизненных ситуаций). Альтернативная установка, формируемая в ходе терапии, – способность к адекватному масштабу переживаний, оценке того, «насколько это плохо».

2. Низкая фрустрационная толерантность (неадекватно завышенная субъективная значимость трудностей). Рациональная альтернатива – принятие неизменяемой ситуации либо активные попытки изменения вместо переживаний, с принятием результатов этих попыток.

3. Долженствование в отношении себя.

4. Долженствование в отношении других.

Рациональные альтернативы установок долженствования – принятие собственного и чужого несовершенства и пожелания (не требования!) в отношении возможных изменений.

5. Оценочная установка (с элементами дихотомического, черно-белого мышления, навешивание ярлыков, сверхобобщения). Рациональная альтернатива – способность «видеть полутона».

К дополнительным ИКУ мы относим следующие:

6. Внешний локус контроля (роль «жертвы обстоятельств»).

7. Нарушение баланса собственных и чужих интересов (жертвенность/бесцеремонность).

8. Нарушение способности к разумному риску (трусость/безрассудство).

9. Неспособность к отсроченному гедонизму.

10. Ригидность, неготовность менять(ся), фанатичность.

Представленная классификация достаточно успешно зарекомендовала себя в работе с аддикциями и коморбидной аффективной симптоматикой.

## ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Вознюк О.П., Помников В.Г., Иванова К.В.

*Институт усовершенствования врачей-экспертов,  
Санкт-Петербург*

Увеличение распространенности церебрального инсульта наблюдается в настоящее время у лиц не только пожилого, но и молодого работоспособного возраста. Отметим, что омоложение больных с инсультами отмечается во многих странах мира, что предполагает наличие универсальных тенденций роста заболеваемости пациентов различного возраста, характер которых требует уточнения.

В настоящее время выделяют не корригируемые и корригируемые факторы риска развития цереброваскулярных заболеваний и, в частности, церебрального ишемического инсульта.

Алкогольная интоксикация является значимым патологическим фактором возникновения церебральных инсультов.

**Целью исследования** было выявление особенностей клинической картины церебральных инсультов у больных молодого трудоспособного возраста на фоне алкогольной интоксикации для улучшения качества лечения.

Нами обследовано 150 больных, которые были разделены на две репрезентативные по полу и возрасту группы. Первую составили 100 больных с церебральным ишемическим инсультом на фоне острой алкогольной интоксикации, вторую – 50 больных без сопутствующей алкогольной интоксикации в момент развития инфаркта головного мозга.

Проведенное исследование позволяет сделать заключение, что у лиц молодого возраста на фоне приема алкогольных напитков церебральный ишемический инсульт развивается преимущественно из-за повышенных цифр артериального давления даже при пограничной или мягкой артериальной гипертензии. У больных трудоспособного возраста на фоне приема алкогольных напитков не установленная этиология церебрального ишемического инсульта встречается в два раза чаще, чем в группе

сравнения без приема алкоголя, при высокой степени достоверности. При алкогольной интоксикации у больных с церебральным инсультом в клинической картине реже наблюдались афатические и двигательные расстройства, но значительно чаще координаторные, по сравнению с группой больных вне алкогольной интоксикации. Целесообразны дальнейшие исследования в этом направлении.

### **ОБНАРУЖЕНИЕ ЭТАНОЛА ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

**Волков А.В., Шитов Л.Н.,  
Воронов А.Н., Ершов М.Б.**

*Ярославская областная клиническая  
наркологическая больница, г. Ярославль*

В последние годы в связи с исключением из Кодекса об административных правонарушениях определения состояния опьянения, содержавшего пороговые значения концентраций этилового алкоголя (ЭА) в выдыхаемом воздухе и крови, возникают проблемные ситуации, связанные с ошибочной интерпретацией результатов обнаружения ЭА в биосредах и вынесением порой необоснованных заключений. Следует отметить, что нового определения состояния опьянения взамен существовавшего ранее принято не было; отсутствуют какие-либо нормативные документы, разъясняющие, как следует трактовать результаты определения концентрации ЭА в контексте нового законодательства. Тем не менее отсутствие пороговых значений рассматривается как возможность сделать заключение о состоянии алкогольного опьянения при любых, даже самых незначительных концентрациях ЭА. Такой подход является некорректным по целому ряду причин. Состояние опьянения подразумевает нарушение ряда функциональных показателей: внимания, координации движений, поведения, речи. Наличие в законодательстве минимально допустимого уровня ЭА в биосредах определено Европейской конвенцией о дорожном движении и имеет конкретный и обоснованный смысл: это значение позволяет провести черту, где заканчивается трезвость и начинается опьянение, и не должно рассматриваться как разрешение употреблять спиртное за рулем. Нами выполнен анализ 700 актов медицинского освидетельствования. Установлено, что при концентрации ЭА в выдыхаемом воздухе 0,15–0,25 мг/л проявления опьянения были маловыраженными либо полностью отсутствовали. Следует особо подчеркнуть, что с аналитической точки зрения результаты измерения концентрации ЭА в области низких значений считаются недостоверными, поскольку сопоставимы с диапазоном погрешности большинства алкометров. Практический опыт специалистов ГБУЗ ЯО «ЯОКНБ» показывает, что такие результаты часто не согласуются с данными подтверждающего ме-

тода – газовой хроматографии. Кроме того, низкие концентрации могут соответствовать уровню эндогенного ЭА, который является индивидуальной особенностью каждого испытуемого, а также быть обусловленными приемом ряда пищевых продуктов. В соответствии с изложенным, считаем необходимым внесение в законодательство обоснованных значений порогового уровня ЭА в биосредах организма.

### **ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ**

**Воробьева Т.М.<sup>1</sup>, Пайкова Л.Н.<sup>1</sup>,  
Плотников А.Г.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины,*

*<sup>2</sup>Харьковская областная клиническая психиатрическая  
больница № 3, г. Харьков, Украина*

В условиях «социального стресса» и «социальной энцефалопатии», когда нарушено развитие полноценной личности и раскрытие ее психического потенциала, когда нет прежних ценностных ориентаций и стратегий поведения в условиях положительного эмоционального дефицита (нарушение равновесного эмоционального состояния), происходит поиск заместительного мотивационно-эмоционального поведения, адаптивного к сложившимся ситуациям, что непременно связано с нарушением психофизиологического состояния. Целью работы явилось изучение эмоционально-психофизиологических расстройств у лиц молодого возраста с аддиктивным поведением (зависимостью от алкоголя, наркотиков и др. ПАВ) при психических (депрессии, шизофрении, социальной фобии) и неврологических (эпилепсии) заболеваниях, осложненных аддикциями; их немедикаментозная коррекция. Работа выполнена на 65 больных, проходивших лечение в отделении подростковой психиатрии. С помощью компьютерных программ, созданных на основе психологических и психофизиологических методик учеными КНУ им. Тараса Шевченко, изучали эмоциональное состояние и ряд параметров оценки функционального состояния ЦНС и высших психических функций (внимание и его переключение, память). Выявлены общая тревога по Дж. Тейлору, тревожно-фобическая и депрессивная симптоматика (у 60% больных – субклинически и клинически выраженная тревога и депрессия по HADS), высокая личностная тревожность по Ч. Спилбергеру. Снижались показатели функционального уровня ЦНС и уровня функциональных возможностей ЦНС (по сравнению с таковыми у здоровых лиц). Увеличивались ЛП простой сенсомоторной реакции и реакции выбора раздражителей, снижались переключение внимания и кратковременная память, что

свидетельствовало о когнитивном дефиците. Для «улучшения своего состояния» больные принимали алкоголь, наркотики и психотропные средства. Нами предложены комплексные подходы лечения, включавшие наряду с фармакотерапией немедикаментозные методы – транскраниальную анодную микрополяризацию головного мозга с записью ЭЭГ во время сеансов, квантовую терапию, музыкотерапию с духовной православной направленностью, рефлексотерапию с модификацией метода Райха (на акупунктурные точки общего действия) и в кабине Райха. Полученные после лечения купирование тревожно-депрессивной симптоматики, улучшение и восстановление психофизиологических параметров функций ЦНС, внимания и кратковременной памяти с количественной объективизацией эффектов применяемых методов лечения имеют в психиатрии большое информационное значение.

### ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ КАННАБИНОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У КРЫС

**Воробьева Т.М., Шляхова А.В.,  
Веселовская Е.В.**

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины, г. Харьков, Украина*

Модель каннабиноидной зависимости у крыс создавали в течение 70 дней путем ежедневного принудительного ингалирования тлеющим каннабисом с последующим тестированием на наличие влечения. Затем животным имплантировали долгосрочные нихромовые электроды в стеклянной изоляции в базо-латеральный миндалевидный комплекс (Amyg), зону СА-1 гиппокампа (Hip), латеральный гипоталамус (Hpt) и olfactorius (Olf). Корковые нихромовые электроды в виде спирали в 3–4 витка вводили эпидурально над сенсомоторной областью коры (Cort). ЭЭГ регистрировали в состоянии абстиненции и во время ингалирования. В абстиненции в Cort, Hip, Hpt преобладала смешанная медленноволновая активность. В Amyg –  $\alpha$ -активность с включением единичных высокоамплитудных  $\theta$ -волн и участков «амигдалярного ритма». В Olf – высокоамплитудная активность модулированных  $\Delta$ - $\theta$ -волн. На фоне доминирующей активности во всех структурах отмечались группы  $\beta$ -колебаний низкой или средней амплитуды, острые волны, пики и единичные модулированные  $\Delta$ -волны в Hpt. Наряду с повышенной представленностью элементов судорожной активности на ЭЭГ 60% животных отмечались генерализованные пароксизмы сложной структуры с инициацией развития в Hip. В 1-ю минуту ингалирования происходил сдвиг электрогенеза в сторону медленных биопотенциалов, наряду с его обогащением высокоамплитудными острыми волнами, пиками преимущественно в Hip, Hpt и Amyg; в Olf увеличивалась выраженность  $\beta$ -колебаний. Со 2-й минуты окуривания эпохи генерализо-

ванной пароксизмальной активности удлинялись до 20 с, появлялись локальные пароксизмы в Hpt, Amyg, Olf. В некоторых случаях пароксизмальная активность первоначально развивалась синхронно в Hip и Cort, с постепенным вовлечением в процесс Hpt, Amyg и Olf. Иногда отмечались пароксизмы на ЭЭГ Amyg и Olf.

Ранее нами было показано, что пароксизмальная активность является коррелятом переходных состояний нейродинамических систем. По мере регистрации на ЭЭГ появлялись участки высокоамплитудных медленных колебаний, подобных электрической активности мозга во время поверхностного сна и коротких эпизодов глубокого сна, которые перемежались длительными отрезками десинхронизации в Cort, Olf и регулярного  $\theta$ -ритма в Hip, Hpt и Amyg, характерными для парадоксального сна, при этом крысы бодрствовали, то есть наблюдалась диссоциация электрографических и поведенческих составляющих. Через 30 мин после начала ингалирования на ЭЭГ подавлялась генерализованная пароксизмальная активность, снижалась представленность высокоамплитудных острых волн, пиков. Таким образом, развитие во время ингалирования электрической активности, характерной для парадоксального сна, при дефиците элементов медленноволнового поверхностного и глубокого сна позволяет высказать предположение в пользу галлюциногенного действия каннабиса.

### ПЕРЕЖИВАНИЕ ЧУВСТВА ОДИНОЧЕСТВА, ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ ЭМОЦИЙ И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЖЕНЩИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ

**Воробьева Т.В., Колпаков Я.В., Сыртыпов Б.Т.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗСР РФ, Москва*

**Целью исследования** было изучение особенностей переживания чувства одиночества, тревожно-депрессивных эмоций и стратегий совладающего поведения у женщин, зависимых от алкоголя, и женщин, эпизодически употребляющих алкоголь. Выборку составили 60 лиц женского пола в возрасте от 20 до 50 лет (средний возраст  $33,0 \pm 10,6$  года). В первую группу вошли 30 женщин (средний возраст  $35,3 \pm 9,8$  года), проходящих стационарное лечение в филиале ГКУЗ «Наркологическая клиническая больница № 17» Департамента здравоохранения г. Москвы, с синдромом зависимости от алкоголя, вторая (средняя) клиническая стадия, текущий эпизод воздержания в условиях ограничения (F10.212 по МКБ-10). Во вторую группу вошли 30 условно здоровых женщин ( $32,9 \pm 7,9$  года) из общей популяции г. Москвы, употребляющих алкоголь (Z72.1 по МКБ-10), но не имеющих верифицированного синдрома зависимости. Употребление алкоголя у всех испытуемых данной группы квалифицировалось как



носящее эпизодический характер без вредных последствий. Использовались психодиагностические методики «Шкала одиночества Калифорнийского университета» (UCLA-LS) в реадaptации Т.Ю. Лапиной, «Шкала оценки субъективной комфортности» А.Б. Леоновой, «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) в адаптации М.Ю. Дробижева, «Шкала дифференциальных эмоций» (DES) в адаптации А.Б. Леоновой и А.С. Кузнецовой, «Стратегии совладающего поведения» (WCQ) в адаптации НИПНИ им. В.М. Бехтерева под рук. Л.И. Вассермана. Полученные данные обработаны статистически при помощи пакета программ SPSS 17.

Показано, что у женщин, зависимых от алкоголя, переживание чувства одиночества достоверно превышает таковое у женщин, эпизодически употребляющих алкоголь. У них в эмоциональной сфере достоверно преобладают негативные и тревожно-депрессивные переживания, тогда как у женщин, эпизодически употребляющих алкоголь, – позитивные переживания. Обе группы не различаются по способам совладающего поведения. Показатели переживания чувства одиночества, негативных и тревожно-депрессивных эмоциональных переживаний у женщин, зависимых от алкоголя, достоверно связаны между собой, а также с малоадаптивными стратегиями совладающего поведения бегства-избегания и конфронтации. Показатели переживания чувства одиночества, позитивных эмоциональных переживаний у женщин, эпизодически употребляющих алкоголь, достоверно связаны с уровнем субъективного комфорта, а также с адаптивными стратегиями совладающего поведения принятия ответственности, самоконтроля и поиска социальной поддержки.

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА АДДИКТИВНОГО СТАТУСА В ПЕРСПЕКТИВЕ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

**Выглазова О.В.**

*ИНПН АМН Украины, г. Харьков*

В настоящее время все большее значение придается коморбидности аддиктивных расстройств. Частое и тесное взаимодействие между собой различных видов аддикций, а также иных психических и соматических расстройств позволило ряду авторов говорить о коморбизме как о явлении, чему способствует широкое распространение объектов, обладающих высоким аддиктивным потенциалом в современном социуме. К таковым относятся, как объекты, вызываемые так называемые «химические», так и «нехимические» виды зависимости, вступающие в борьбу за потенциального потребителя. Эта конкуренция происходит не только на популяционном уровне, но и на уровне отдельной личности. Вместе с тем известно, что разные виды зависимостей могут как конкурировать между собой, так и провоцировать (потенцировать) развитие друг друга.

Алкогольная зависимость занимает одно из ведущих мест среди аддиктивных патологий. В то же время, согласно сведениям других авторов и результатам собственных исследований, более 50% пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, имеют сочетанные зависимости. Такая закономерность не может не оказывать влияние на течение основного заболевания (алкогольной зависимости, в данном исследовании), а значит, и на особенности терапии и возможные исходы. Для оценки аддиктивного статуса в целом использовался «метод комплексной оценки аддиктивного статуса при помощи AUDIT-подобных тестов», разработанный в 2009 году коллективом авторов ИНПН АМН Украины, в котором оцениваются 9 «химических» и 9 «нехимических» видов зависимостей. Комплексная оценка аддиктивного статуса открывает новые возможности в диагностике, эффективности терапии и прогнозирования результатов лечения основного заболевания.

В перспективе дальнейшего исследования – выделение маркеров диагностики алкогольной зависимости, отягощенной коморбидными аддикциями, а также разработка терапевтических схем и выделение предикторов исходов терапии зависимости от алкоголя, с учетом спектра сопутствующих зависимостей.

## МОНИТОРИНГ НАРКОСИТУАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2011 ГОДУ

**Габрильянц М.А.**

*Аппарат государственного антинаркотического комитета, Москва*

По итогам 2011 года наркоситуация в Российской Федерации впервые исследовалась по единой методологии и критериям, что позволило системно подойти к оценке и прогнозу ее развития.

Обобщена информация о наркоситуации региональных антинаркотических комиссий и органов государственной власти, учтены результаты социологических опросов 240 тыс. респондентов в 75 регионах.

Одним из основных факторов незаконного распространения наркотиков остается их контрабанда из Афганистана через центральноазиатские республики. Источниками распространения каннабиноидов являются как контрабандные поставки, так и наркопроизводство на территории Российской Федерации. В ряде регионов зафиксирован рост потребления дезоморфина, а также «новых» видов психоактивных веществ.

Из незаконного оборота изъято около 40 тонн наркотиков. 73% изъятий приходится на каннабиновую группу.

В 2011 году активно развивались профилактическая работа среди групп риска и населения в целом, реабилитационная помощь, международное сотрудничество.

Консолидация усилий субъектов антинаркотической деятельности и институтов гражданского общества по реализации антинаркотической политики, решений Президента Российской Федерации позволила в 2011 году добиться замедления роста уровня наркопреступности, а также уровня наркопотребления, снижения численности молодежи, приобщающейся к пробе или регулярному потреблению наркотиков.

По данным межведомственной отчетности, число незаконно потребляющих наркотики лиц уменьшилось на 3,3% и составило 668 534 человека.

Вместе с тем, по результатам социологических опросов, число лиц, регулярно потребляющих наркотики, может оцениваться в 3 млн человек. Эпизодически и регулярно потребляющие наркотики могут составлять 6% населения. Успешнее всего решить проблему распространенности наркомании, по мнению 41,9% опрошенных, можно было бы с помощью ужесточения мер наказания за наркопреступления. Еще 36,9% респондентов считают необходимым введение правовых стимулов к освобождению от наркотической зависимости.

Таким образом, распространенность незаконного оборота наркотиков остается острой проблемой, представляющей угрозу национальной безопасности и оказывающей негативное влияние на демографическое и социально-экономическое развитие России.

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ И СТУДЕНТОВ КАК ЭТАП РАННЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НАРКОЛОГИИ

Габрильянц О.А., Третьякова Т.В.

*Московский научно-практический центр наркологии  
Департамента здравоохранения города Москвы*

Под ранним профилактическим вмешательством в наркологии понимается активное выявление лиц с факторами риска наркологических заболеваний, а также потребителей психоактивных веществ с начальными признаками формирования зависимости и своевременное оказание им адресной медико-психологической помощи в целях предупреждения развития наркологической патологии.

В ГКУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» разработана модель раннего профилактического вмешательства, реализуемая в учебных коллективах Москвы.

Раннее выявление лиц «группы риска», в том числе с использованием социально-психологического анкетирования (далее – анкетирование), рассматривается и как обязательное условие, и как начальный этап раннего профилактического вмешательства.

К задачам анкетирования относится не только проведение мониторинга локальной наркоситуации, для чего традиционно в наркологии используется анкетирование, но и выявление факторов риска и факторов защиты в исследуемой целевой группе, а также формирование «группы риска» для проведения последующего исследования биологических сред на наркотики. Для получения достоверных результатов анкетирование проводится анонимно. Разработаны варианты анкет для учащихся и студентов. При составлении анкет учитывались факторы риска и факторы защиты, выделенные экспертами Международного комитета по контролю за наркотиками, включая общественные, социальные, семейные, школьные, гендерные, личностные группы факторов.

При анализе полученных результатов и формировании «групп риска» используется совокупность выявленных факторов риска по разработанным критериям. Учитываются такие показатели, как «проба наркотиков», «употребление табака и алкогольных напитков раз в неделю», «частые предложения попробовать наркотики», «наличие друзей, употребляющих наркотики». Всего в анкетировании за период с 2009 по 2011 год приняло участие около 7 тыс. учащихся школ, колледжей, студентов вузов. Из числа участников анкетирования в «группу риска» были включены 44% школьников 14–15 лет, 60% школьников 16–17 лет, 73,5% учащихся колледжей, 56,6% студентов вузов 18–21 года.

По результатам анкетирования определяются учебные коллективы, в которых проводится диагностическое тестирование на наркотики, корректируется профилактическая работа.

## АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Гарганеев С.В.<sup>1,2</sup>, Лапекина Т.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница  
им. Ю.К. Эрдмана,*

<sup>2</sup> *Алтайский государственный медицинский университет  
Росздрава, г. Барнаул*

Актуальность клиники и масштабность социальных последствий аддиктивных расстройств (АР) у подростков с расстройствами поведения (РП) требует выделения клинических, психологических и социальных прогностических факторов риска АР.

В структуре РП 850 подростков (средний возраст 15,7±1,8 года) с диагнозами «расстройства поведения» и «расстройства адаптации» в виде социализированного расстройства поведения (n=359), несциализированного расстройства поведения (n=313), смешанного расстройства поведения и эмоций (n=77), расстройств адаптации (n=101) были выявлены коморбидные АР: употребление пива (n=421), наркотических веществ (n=106), гемблинг (n=74), зависимость от общения (n=134), интернет-

зависимость ( $n=54$ ), сочетанные формы ( $n=61$ ). Клинические, психологические, клинико-динамические, статистические методы исследования психического состояния и социального функционирования подростков с использованием логистического регрессионного анализа позволяют прогнозировать АР.

Выраженность РП препятствуют своевременному выявлению АР у подростков. Клиника РП, коморбидных с АР, детерминируется: делинквентностью ( $p=0,014$ ), длительностью стресса в семье ( $p=0,012$ ) и в подростковой группе ( $p=0,002$ ). Психологическое состояние отражает высокую тревожность ( $p=0,022$ ), прогностическую некомпетентность ( $p=0,0023$ , психопатизацию ( $p=0,0001$ ), зависимость ( $p=0,0024$ ), нереализованные возможности ( $p=0,0015$ ), чувство вины ( $p=0,0014$ ). Прогностическими признаками АР явились страх психической ущербности ( $p=0,0065$ ) и утяжеление структуры РП за короткое время. Выраженность РП прямо зависела от социализированности подростка, а в аддиктивной среде достоверно часты групповые формы РП. Эмансипационное поведение носило амбивалентный характер в случае интегрированности подростка в аддиктивную среду как группы, так и семьи.

В структуре РП выявлялись коморбидные АР (поисковое поведение, зависимость, абстиненция) ( $p=0,011$ ). Риск АР определяется длительностью сосуществования коморбидных симптомов, прямо пропорциональной выраженности РП. Таким образом были выделены доминирующие симптомы и обозначена взаимосвязь АР и РП.

Выраженности РП прямо пропорционально нарастание частоты АР. Отмечена прямая взаимосвязь увеличения доли групповых форм РП и неустойчивости аддиктивных объектов.

Таким образом, АР у подростков достоверно прогнозируются при: аддиктивной доступности на фоне РП, длительностью сосуществования коморбидных симптомов наряду с интегрированностью в аддиктивную среду, коммуникативной некомпетентностью семьи.

**ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК СМЕРТИ  
СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПАВ  
(КРОМЕ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА),  
СНЯТЫХ С НАРКОЛОГИЧЕСКОГО УЧЕТА  
В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ, К ОЖИДАЕМОМУ  
ЧИСЛУ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ОБЩЕГО  
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
ЗА 2011 ГОД**

**Гафарова Н.В., Мусабекова Ж.К.**

*Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар, Республика Казахстан*

Смертность является одним из главных индикаторов состояния здоровья населения. Главной причиной смерти в настоящее время стали болезни кровообращения, особенно в развитых странах, где число умерших от этих болезней составляет около

50% (в остальных странах – 27%). На втором месте – смертность от злокачественных образований; по этой причине в развитых странах уходит из жизни 21% от умерших, в остальных – 11%. Из других причин смертности выделяются психические болезни, наркомания, алкоголизм, а также болезни, вызываемые недоеданием. Для проведения сравнительного анализа показателей общей смертности среди всего населения в сравнении со смертностью среди потребителей ПАВ (кроме алкоголя и табака), состоявших на наркологическом учете, были использованы данные таблицы 2100 годовой отчетной формы № 11 «Отчет о заболеваниях и контингентах больных психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ», утвержденной приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011 г. № 616.

При анализе данных обнаруживается, что потребители наркотиков в 16,5 раза (95% 11,2–23,4) чаще погибают, чем их ровесницы из общей популяции населения в возрасте 18–34 года. В этой же возрастной группе для мужчин SMR равен 3,1 (95% 2,7–3,6). В итоговых значениях для мужчин потребителей ПАВ этот коэффициент составляет 2,3 (2,1–2,5 95%), для женщин 6,8 при 95% (5,3–8,7), что в 2,9 раза выше, чем у мужчин. В целом для мужчин SMR определяется в диапазоне числовых выражений от 0,3 (15–17 лет) до 3,1 (18–34 года), тогда как для женщин выраженный пик в 16,5 (18–34 года) и плавно повышающаяся кривая в возрастных группах 35–60 лет (SMR 4,8 при 95% 3,3–6,7) и свыше 60 лет (SMR 5,9 при 95% 0,7–21,3), что в очередной раз демонстрирует колоссальную уязвимость женского организма при потреблении наркотиков. Итоговый показатель относительного риска смертности SMR для обоих полов равняется 2,4 (при 95% 2,3–2,6).

**АДДИКТИВНЫЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ  
ПРИЕМА ПИЩИ ПРИ АЛИМЕНТАРНО-  
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ**

**Гегель Н.В., Бобров А.Е.**

*Московский НИИ психиатрии МЗСР РФ, Москва*

Алиментарно-конституциональное ожирение развивается на основе психических расстройств, которые являются аналогами аддиктивных форм поведения. Цель работы: определение аддиктивных аспектов психических расстройств при алиментарно-конституциональном ожирении.

**Материал:** 62 больных алиментарно-конституциональным ожирением (45 женщин, 17 мужчин) в возрасте  $35 \pm 12$  лет и длительностью заболевания  $16 \pm 9,2$  года. Среднее значение индекса массы тела (ИМТ) составило  $39,8 \pm 6,1$ .

**Методы исследования:** клинико-психопатологическое обследование, психодиагностический тест «Методика многостороннего исследования личности» (ММИЛ).

У всех 62 пациентов были выявлены психические расстройства. У 13 человек было выявлено генерализованное тревожное расстройство, у 6 – социальная фобия, у 2 – специфические фобии, у 2 – паническое расстройство, у 6 – депрессивный эпизод. Еще у 11 имелось расстройство адаптации, у 6 – специфические фобии, у 10 – дистимия, у 3 – биполярное аффективное расстройство. Наконец, у 5 диагностировано соматоформное расстройство, у 4 – гипоманиакальное состояние, у 6 – циклотимия, у 6 – органические психические расстройства.

У 23 человек наблюдались расстройства личности. У 11 – по ананкастному типу, у 5 – по зависимому типу, у 8 – по тревожному типу, у 3 – по шизоидному типу, у 6 – по гистрионному типу. В 6 случаях имела место гипертимная акцентуация.

У обследованных была осуществлена также оценка особенностей патологического пищевого поведения. У 9 больных были выявлены пищевые эксцессы, у 14 преобладала вечерняя еда, у 4 – постоянная (неконтролируемая) форма еды, у 6 – влечение к углеводам, у 4 – стрессовая еда. Атипичная нервная булимия наблюдалась у 11 пациентов. Кроме того, у обследованных больных ожирением были выделены 4 относительно самостоятельных поведенческих синдрома: пограничный, синдром социальной фобии, синдром отрицания психологических проблем и гипоманиакальный синдром.

Указанные поведенческие синдромы, по всей видимости, отражают различные аспекты аддиктивного поведения: нестабильность идентичности, затруднения коммуникации, анозогнозию, гедонические установки. Исследование соотношений между ними, патологическими формами приема пищи и коморбидными психическими расстройствами может помочь раскрыть важные универсальные аспекты аддикций.

## КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ АГРЕССИВНОСТЬ В КОНТЕКСТЕ СКЛОННОСТИ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Гейко В.В.<sup>1</sup>, Гейко М.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины,

<sup>2</sup>Областная психиатрическая больница № 1, г. Харьков, Украина

Известно, что алкоголизм и наркомании ассоциируются с повышенным риском агрессивного и криминального поведения, а состояние опьянения является перmissive фактором его реализации. Вместе с тем современные теории социального научения приводят к одностороннему анализу агрессивных действий и пренебрежению индивидуальными различиями, которые формируются наследственным аппаратом особи и составляют основы предрасположенности к болезням патологической зависимости. Созданы генетически чистые линии животных, предпочитающих и от-

вергающих этанол и морфин, что свидетельствует о существовании определенного комплекса биохимических факторов, обуславливающих влечение к веществам, обладающим аддиктивным потенциалом. В популяции беспородных лабораторных крыс выделяются три формы отношения к алкоголю: отвращение – 52%, умеренное влечение – 25%, выраженное влечение – 23%; причем длительная принудительная алкоголизация не изменяет характера отношения к этанолу у изначально отвергающих его животных. На основании того, что влечение к психоактивным веществам определяется их средством и воздействием на эмоциогенные системы мозга, одновременно являющиеся и морфофункциональным субстратом агрессивного поведения, при его экспериментальном моделировании с целью разграничения причин или же следствий агрессии, особенно при трактовке ее нейробиологических составляющих, необходимо учитывать уровень базисной агрессивности. При этологическом тестировании готовности к манифестации агрессивных паттернов в незнакомой ситуации агонистического взаимодействия при условии минимизации дополнительных провоцирующих раздражителей в популяции из 95 половозрелых самцов нелинейных белых крыс нами выявлены: социоцентрическое поведение – у 54%, спонтанная агрессивность – у 25%, подчиненное поведение – у 21%. Практически идентичное количественное распределение животных относительно их предрасположенности к потреблению алкоголя и высокой готовности к проявлению агрессии свидетельствует о целесообразности изучения биологических основ аддикций с учетом уровня преморбидной агрессивности, что может внести существенный вклад в патогенетическое обоснование их профилактики и терапии, а также коррекции агрессивного поведения в структуре болезней патологической зависимости.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛКОГОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ВРАЧЕЙ

Говорин Н.В., Бодагова Е.А., Сахаров А.В.

Читинская государственная медицинская академия МЗСР России, г. Чита

**Целью исследования** стало изучение распространенности наркологической патологии, вызванной употреблением алкоголя, среди врачей лечебных учреждений Забайкальского края.

**Материалы и методы.** Всего были обследованы 383 врача городских и краевых стационаров города Читы. Среди них было 65,8% женщин и 34,2% мужчин в возрасте от 23 до 70 лет. Для установления алкогольных проблем использовалась анкета-опросник, разработанная Л.Т. Морозовым (2000–2012). Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) или употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1) использовались критерии МКБ-10. Статистическая обработка полу-

ченных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента.

**Результаты и обсуждение.** При обследовании врачей наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена в 10,6% случаев. Употребление алкоголя с вредными последствиями было выявлено у 8,0% врачей, синдром зависимости от алкоголя – у 2,6%. Среди мужского контингента употребление алкоголя с вредными последствиями было диагностировано в 18,3%, алкогольная зависимость – в 6,9% случаев, среди женского контингента – в 2,7% и 0,4% случаев соответственно, что говорит о наличии алкогольных расстройств у 25,2% мужчин и 3,1% женщин ( $p < 0,001$ ). Среди не злоупотребляющих алкоголем было достоверно больше врачей терапевтических специальностей – 8,4% ( $p < 0,001$ ), а среди врачей с пагубным употреблением алкоголя и страдающих алкогольной зависимостью преобладали хирурги – 28,4% ( $p < 0,01$ ). Частота встречаемости алкогольных расстройств зависела и от стажа работы по специальности: среди врачей со стажем работы более 20 лет встречалось меньше лиц с алкогольными расстройствами ( $p < 0,05$ ). В свою очередь, синдром зависимости от алкоголя чаще диагностировался среди врачей со стажем работы от 10 до 20 лет ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, выявленная распространенность наркологической патологии, связанной с употреблением алкоголя, среди врачей Забайкальского края составила 10,6%, в том числе синдром зависимости от алкоголя – 2,6%. Наркологическая патология у мужчин встречалась в 8 раз чаще, чем у женщин. Кроме того, алкогольные расстройства чаще встречались у врачей хирургического профиля.

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИХА-ТЕСТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В ЖИДКОСТИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И МОЧЕ ЧЕЛОВЕКА

Горбачева Н.С., Морозова В.С., Мягкова М.А.

*Московский научно-практический центр наркологии  
Департамента здравоохранения города Москвы*

Одним из направлений новой государственной антинаркотической политики является проведение своевременной диагностики наркозависимости. Наиболее удобным и недорогим скрининговым методом определения наркотических веществ является иммунохроматографический анализ (ИХА). В МНПЦ наркологии созданы ИХА-тесты для выявления метаболитов наркотических веществ в моче и слюне. Они характеризуются методической простотой выполнения анализа, высокой производительностью и специфичностью. Минимально определяемая концентрация опиатов, амфетаминов и каннабиноидов составляет 200, 300 и 50 нг/мл соответственно.

Известно, что практическое применение диагностических тест-систем основано на аналитических характеристиках, касающихся в первую очередь возможности их использования для работы в определенном диапазоне времени, связанном с процессом метаболизма наркотических веществ. В настоящем исследовании методом ИХА определяли время обнаружения наркотических веществ и их метаболитов в жидкости ротовой полости и моче больных наркоманией. Было исследовано 27 образцов жидкости ротовой полости пациентов МНПЦ наркологии в день госпитализации. Из них поступил с диагнозами «опийная наркомания» 21 человек, в том числе двое – в состоянии наркотического опьянения, и «полинаркомания» – 5 человек. В процессе работы было протестировано 73 образца мочи, собранной от 31 пациента, в том числе 25 образцов мочи больных опийной наркоманией и 6 образцов мочи больных полинаркоманией. Исследование образцов мочи больных наркоманией проводили в динамике на 1-й, 3-й и 7-й дни госпитализации. Полученные в ходе эксперимента данные сравнивали с клиническим диагнозом и давностью последнего употребления наркотических средств на день проведения анализа.

В результате установлены возможные пределы во времени для определения указанных выше наркотических веществ и их метаболитов, присутствующих в жидкости ротовой полости и моче человека. Оказалось, что с помощью ИХА-тестов опиаты и амфетамины в жидкости ротовой полости выявляются максимум в течение 24–36 часов, а каннабиноиды – в течение 5–14 часов после приема наркотика. В моче человека опиаты возможно определить в период от 2 часов до 4–5 суток, амфетамины и каннабиноиды – до 4 суток. Полученные результаты подтверждены клиническим диагнозом пациентов МНПЦ наркологии.

### РАБОТА С СЕМЬЕЙ КАК КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ В РАБОТЕ С НАРКОЗАВИСИМЫМИ

Городнова М.Ю.

*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Работа с семьей наркозависимого является одним из направлений в комплексе мероприятий, составляющих целостную систему специализированной наркологической помощи. Опираясь на теорию поля и диалога, под лечебной средой мы понимаем поле «порождающего» ситуацию, в которой при взаимодействии с другим, и это обязательное условие, «здесь и сейчас» дифференцируется фигура потребности (желания). Признание актуальной потребности является условием возможности формирования иных потребностей, в том числе в отказе от потребления наркотиков.

Мы выделяем 5 уровней оказания психотерапевтической помощи, на каждом из которых пациент

имеет преобладающую актуальную потребность в отношении потребления. Работа с семьей возможна на каждом уровне, но ее объем, форма и содержание будут определяться неудовлетворенными актуальными потребностями.

Работа семьей на первом уровне заключается в оказании помощи семье для сохранения ее организации и оптимального функционирования. Активно наркотицизирующийся пациент не принимает в ней участия. С одной стороны, необходимо создать условия для защиты семьи от последствий наркотицизации ее члена, а с другой – сохранить возможность обращения пациента к семейной системе в случае его решения принять специализированную помощь.

Оказание помощи семье на втором уровне строится на поддержании устойчивости семейной системы к разрушающему действию потребления ПАВ одним из ее членов. Пациент демонстрирует страдания, являющиеся следствием потребления, ищет помощи в их облегчении, но не имеет истинной потребности в изменении своего образа жизни. Цели членов семьи и пациента «ложно» совпадают, как если бы лечение в наркологической клинике являлось общей потребностью. В этом случае помощь семьи в удовлетворении потребности пациента будет подкреплять его наркоманическое поведение. Работа с семьей нацелена на осознание роли семьи в поддержании патологического паттерна и отказ от него.

На третьем уровне работа с семьей выстраивается вокруг формирующейся потребности пациента на отказ от потребления наркотиков, которая является общесемейной и может служить для объединения всех членов семьи. После утвердительного ответа на вопрос: «Хочешь ли ты прекратить потреблять наркотики?» – пациент и его родственники ищут ответ на другой вопрос: «Как это можно сделать?»

Работа с семьей на четвертом уровне строится на потребности пациента сохранить трезвость. Это общее сознательное желание всех членов семьи. Важно, чтобы члены семьи осознали существующие в семье механизмы, сохраняющие и поддерживающие поведенческие паттерны, ведущие к возобновлению наркотицизации, и изменили их. Основной вопрос этого этапа: «Как сохранить трезвость?»

Работа с семьей на пятом уровне практически не отличается от взаимодействия помогающего специалиста с любой семьей, имеющей трудности в преодолении горизонтальных и вертикальных семейных кризисов, стрессовых событий жизни.

мостью от ПАВ у подростков с помощью рейтинговых шкал. Обследованы 293 пациента (150 юношей, 143 девушки) с ведущим диагнозом расстройство поведения (рубрики F90–91) и различными формами зависимости от ПАВ (F10, 11, 15, 18). **Методы исследования:** «Низонджерровский рейтинг форм поведения у детей» (Aman M.G., Tassj M.J., 1996) и «Диагностика употребления психоактивных веществ у подростков» (Friedman A.S., Utada A.A., 1989). Количественные показатели балльных оценок были подвергнуты факторному анализу. 1-й фактор включил в себя шкалы «Деструктивное поведение» (0,812), «Риск аддиктивного поведения» (0,411), «Физическое здоровье/болезнь» (0,357), «Школьное обучение/занятость» (0,554), «Семейные взаимоотношения» (0,430), «Психическая дезадаптация/психопатология» (0,506), «Противозаконные действия» (0,729), «Употребление наркотиков» (0,866). Этот фактор отражает взаимосвязь деструктивных форм поведения и употребление ПАВ, а также различные последствия наркотицизации (медицинские, школьные, семейные, психопатологические, криминальные). 2-й фактор также включил в себя шкалы, отражающие различные последствия наркотицизации: «Школьное обучение/занятость» (0,417), «Семейные взаимоотношения» (0,600), «Психическая дезадаптация/психопатология» (0,315). Кроме того, во 2-й фактор вошли шкалы «СДВГ» (0,730), «Употребление наркотиков» (0,326) и «Употребление алкоголя» (0,445). 3-й фактор составили шкалы «Сензитивность» (0,984), «Употребление алкоголя» (0,683) и «Психическая дезадаптация/психопатология» (0,370). Выделенные факторы отражают три линии взаимосвязи расстройств поведения и зависимости от ПАВ. Первая связана с патохарактерологической основой формирования зависимости от наркотических веществ, что клинически проявляется диагнозами F91.0–3, которые в дальнейшем могут трансформироваться в диссоциальное расстройство личности. Вторая линия отражает экзогенно-органическую основу формирования аддиктивного поведения (наркотического и алкогольного) в виду взаимосвязи аддиктивных шкал с поведенческой шкалой «СДВГ», что клинически чаще всего выражается диагнозом F90.1. Третья линия отражает влияние сензитивности на формирование алкогольной зависимости, что может рассматриваться в рамках формы личностного или невротического реагирования.

## ИЗУЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ И ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ У ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ РЕЙТИНГОВЫХ ШКАЛ

Гречаный С.В.

*Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург*

**Цель исследования** – изучение взаимосвязи различных форм расстройств поведения с зависи-

## ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ КОНОПЛИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Гришина А.Н., Фадеева Е.В.

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ, Москва*

Установлено, что препараты конопли являются вторыми после алкоголя по распространен-

ности потребления психоактивными веществами в мире и, как считает большинство исследователей, «открывают дорогу» к употреблению более сильных наркотиков. Имеются данные (Чухрова М.Г., Рыбалко О.В., Егоров А.Ю.), что 40% героиновых наркоманов и 13,5% лиц, злоупотребляющих стимуляторами, начинали наркотизацию с употребления гашиша.

В 2011 году был проведен опрос студентов одного из медицинских вузов страны с целью изучения распространенности и гендерных особенностей, влияющих на потребление препаратов конопли. Исследование проводилось с использованием анкеты ESPAD (Европейского проекта школьных исследований по алкоголю и наркотикам), адаптированной к возрасту испытуемых и целям исследования. В исследовании приняли участие 57 человек.

В ходе работы, помимо изучения распространенности употребления данного вида ПАВ (каннабиноидов), также изучались вопросы, посвященные информированности о вреде для здоровья, отношению к употреблению и доступности в молодежной среде препаратов конопли.

На основании данных, полученных в ходе пилотного исследования, можно сформулировать следующие предположения:

– большая часть опрошенных студентов (79%) не употребляет каннабиноиды, это подавляющее большинство девушек (89%) и большая часть юношей (66%);

– наиболее частым возрастом первых проб анкетированные студенты называют 16 лет и старше;

– случаи единичных проб препаратов конопли отмечают как юноши, так и девушки. Однако юноши на четверть чаще в своей жизни пробовали марихуану или гашиш, нежели девушки;

– случаи неоднократного употребления препаратов конопли отмечали за собой только юноши;

– 5% опрошенных употребляли марихуану от 1 до 19 раз в течение жизни, и это были исключительно юноши;

– в течение последнего месяца 4% юношей употребляли марихуану от 1 до 5 раз;

– 11% девушек отмечают единичные пробы наркотика;

– часть студентов игнорировала ответы на вопросы об употреблении марихуаны (12% – в течение последнего месяца, 10% – в течение последнего года, 2% – в течение всей жизни), что не исключает возможности употребления этими респондентами препаратов конопли;

– почти у четверти анкетированных (23%) один-два друга курят марихуану или гашиш, у 4% опрошенных это делают старшие братья или сестры;

– больше чем у половины опрошенных студентов (54%) хоть раз в жизни была возможность попробовать препараты конопли, у юношей чаще, чем у девушек (соответственно 61% и 48%), что может определять факт более частых проб у юношей, нежели у девушек;

– несмотря на то что девушкам субъективно легче достать в случае необходимости марихуану или гашиш, чем юношам, они реже совершали единичные пробы каннабиноидов. Это может быть связано с тем, что девушки чаще оценивают риск для здоровья от употребления каннабиноидов как серьезный.

Студенты вузов – это интеллектуальный потенциал нашей страны, те, на кого возлагаются большие надежды, в кого вкладываются силы и деньги государства. Именно поэтому особенно важно диагностировать на ранних этапах факты потребления психоактивных веществ, включать в образовательный процесс элементы профилактики, такие как: привлечение в научные кружки, организация спортивных мероприятий и круглых столов, посвященных теме наркомании, с привлечением врачей и психологов.

## СИНДРОМ БУЛИМИИ У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ – КАК АДДИКТИВНЫЙ ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПАТТЕРН

Гусева О.В., Таланцева О.И.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева  
Городская психиатрическая больница № 6,  
Санкт-Петербург*

Пищевые аддикции рассматриваются, как результат влечения к перееданию или голоданию, с реализацией которого сопряжены снятие напряжения и тревоги, получение ощущения комфорта. С психодинамических позиций, аддиктивный поведенческий паттерн является психологической защитой от осознания интрапсихических конфликтов (проблемы сепарации, искажение Эго-идеала, отказ от сексуальных и агрессивных побуждений и др.). Синдром булимии при непсихотических формах психических расстройств также может быть рассмотрен в этом контексте. То, что определенный круг пациентов с эндогенными психическими расстройствами неосознанно формирует узкий способ психологической защиты, характерный для прогностически более благоприятной невротической патологии, позволяет предположить у них наличие психологической структуры с более высокими адаптивными возможностями. С целью проверки данной гипотезы в НИПНИ им. В.М. Бехтерева были обследованы 42 больных с непсихотическими эндогенными психическими расстройствами. Основная группа – 21 больной с синдромом булимии и группа сравнения – 21 больной без синдрома булимии. Исследовались механизмы психологической защиты (методика SBAK), копинг-стратегии (опросник SVF), оценка образа «Я» и образа «Я-идеальное» (Гиссенский личностный тест). Математическая обработка проведена с использованием статистического пакета IBM SPSS Statistics 20.

**Результаты.** Преимущественными типами психологической защиты у больных с синдромом булимии в рамках эндогенных психических расстройств являются «отрицание» и «стремление к социальным контактам». В сравнении с больными из контрольной группы, «отрицание» у больных с синдромом булимии выражено меньше, они в большей степени открыты для взаимодействия, что свидетельствует о более благоприятном профиле психологических защит и большей сохранности эмоционально-волевой сферы. Согласно данным Гиссенского теста, выявлены завышенные ожидания собственной успешности и неприятие собственного «Я», импульсивность и доминантность, депрессивный эмоциональный фон. Преобладающими копинг-стратегиями являются «обращение к лекарствам», «самообвинение» и «альтернативное удовлетворение». В сравнении с контрольной группой, больным с синдромом булимии сложнее отвлекаться от тревожащей ситуации и контролировать свою реакцию на стресс. Для больных основной группы характерны завышенные, труднодостижимые и ненасыщаемые притязания на первенство, социальное одобрение, популярность и привлекательность. Сочетание перфекционизма и неприятия собственного «Я» формирует негативную аффективность. Аддиктивный паттерн с фиксацией на достижении удовлетворения через переедание является средством защиты от негативных эмоций. Таким образом, выявленные психологические особенности эндогенных больных с синдромом булимии можно рассматривать, как способствующие замедлению аутизации и специфических изменений эмоционально-волевой и мотивационной сферы, то есть прогностически благоприятные для течения эндогенного процесса в целом.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Даренский И.Д.

*ФПШОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва*

Представление о болезни «алкогольная зависимость» как о единой и однообразной нозологической форме подразумевает, что отдельные симптомы, причудливо сочетаясь, в целом являются последовательными этапами проявления однородной клинически формой заболевания. Однако сходство поведения, в смысле потребления алкоголя, не означает однородных механизмов его. Лишь на отдаленных этапах течения болезни, которые традиционно относятся ко 2–3-й стадии, эти формы приобретают общие черты. Однако и тогда клиническая картина сохраняет основные индивидуальные изначальные клинко-патогенетические атрибуты. Клиническая практика свидетельствует, что патогенез и психогенез алкогольной зависимости неоднороден. Разновидности алкогольной зависимости являются не чем иным, как его клинко-патогенетическими формами.

Запойная форма потребления, дисфорическая форма опьянения и другие симптомы – это не маркеры определенного этапа течения заболевания, а принадлежность отдельных форм заболевания, имеющая своеобразный патогенез. Эти симптомы остаются однообразными на всем протяжении. Именно их стабильное сочетание и составляет признаки формы болезни.

Мы провели клинко-статистическое исследование большой выборки больных алкогольной зависимостью. Факторный анализ симптомов зависимости позволил выделить и описать отдельные клинические формы алкогольной зависимости: органический, эпилептиформный, шизотипический, аффективный, невротический, патохарактерологический. Из приведенной типологии видно, что отдельные клинические формы алкогольной зависимости представляют собой известные психиатрические нозологические формы. Этот результат клинко-статистического исследования подтверждает точку зрения на больных алкогольной зависимостью как на изначально, то есть преморбидно больных известными формами психических заболеваний. Скорее, это не манифестные формы заболеваний, а некая психопатологическая латентная конституция, которая становится очевидной при злоупотреблении алкоголем и проявляется не только симптомами зависимости, но и соответствующим психопатологическим регистром. Болезнь представляется в виде динамики изменения преморбидных особенностей характера или, что равнозначно в данном приложении, динамики психопатии.

Указанное деление на отдельные формы имеет не только академическое значение, но и терапевтическую направленность. Недифференцированное представление о заболевании и выборе лечения оборачивается низкой его эффективностью. Выделенные формы требуют совершенно различных фармакологических и психотерапевтических подходов, что обеспечивает более эффективное лечение.

## НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УКРАИНЕ

Дворяк С.В.

*Украинский институт исследований политики  
общественного здоровья, г. Киев, Украина*

В Украине начиная с 2009 года внедряется **интегрированный** подход к лечению расстройств, вызванных потреблением опиоидов. Среди лиц, потребляющих наркотики инъекционно (ЛПНИ), оценочная численность – 290 000 человек, опиоидная зависимость – 60–65%. В начале эпидемии наркопотребления (1989–1991 гг.) демографические показатели ЛПНИ формировали «портрет» молодого (18–25 лет), соматически здорового субъекта, нуждавшегося не столько в медицинских, сколько в психолого-педагогических



мерах. В наркологии стало расхожим мнение о необходимости развивать реабилитацию. В течение 20 лет ситуация существенно изменилась. В нашем исследовании (N=7090) больные, кроме синдрома зависимости, страдают вирусным гепатитом С или В (58,5%), ВИЧ-инфекцией (43,4%), коморбидными психическими расстройствами (28,7%), туберкулезом (17,5%) на фоне выраженных социальных проблем: безработица, нищета, отсутствие навыков адаптации, судимости, рецидивизм и т. п.

При интегрированном подходе пациенты имеют возможность получить в одном учреждении весь пакет медико-психосоциальных услуг, направленных на улучшение их здоровья и качества жизни.

Базовым условием при этом является удержание пациента в терапевтической программе. Задача врача – обеспечить пациенту необходимое обследование и лечение по поводу инфекционных заболеваний, «прервать» передачу вируса другим ЛПНИ и сексуальным партнерам пациента, стабилизировать его социальное положение, помогая освободиться от криминального поведения и тем снижая вероятность следующей судимости. Отказ от опиоидов и полная абстиненция рассматриваются как долговременная цель.

В нашем исследовании рассматривались две модели предоставления интегрированной медико-психосоциальной помощи: 1) полностью интегрированное лечение (ПИЛ) – пациенты с синдромом зависимости получают все виды медицинской, психологической и социальной помощи в одном лечебном учреждении; 2) не полностью интегрированное лечение (НПИЛ) – пациенты для проведения обследования и лечения коморбидной патологии направляются в аффилированные специализированные учреждения.

Были обследованы две группы больных (N=196). Объем предоставляемых и полученных медико-психологических услуг оценивался с помощью стандартизованных инструментов. В частности, помимо вопросников ASI и BBV-TRAQ, использовались Medical Outcomes Study 36-item Short Form (SF-36) и разработанный специально для этого исследования «Вопросник оценки качества медицинской помощи» (ВКМП).

Пациенты, которые получали ПИЛ, демонстрировали более высокие показатели по ВКМП по сравнению с контрольной (НПИЛ) группой (67,8% против 48,9%,  $p < 0,001$ ). Также у них была более высокая вероятность получения АРТ (49,5% против 19,2%,  $p < 0,001$ ), особенно с уровнем CD4 < 200 (93,8% против 62,5%,  $p < 0,05$ ), и показатель назначения изониазида с целью профилактики туберкулеза (42,3% против 11,2%,  $p < 0,001$ ).

Были оценены и описаны существующие организационные барьеры на пути распространения данного подхода.

## ГОТОВНОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ В СРАВНЕНИИ С ГРУППОЙ БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Декало Е.Э., Курпатов В.И.

*Центр «Психотерапия и клиническая психология» Института  
высоких медицинских технологий СПбГУ  
Городской психотерапевтический центр, Санкт-Петербург*

Готовность к лечению – индивидуальная система смысловых, поведенческих, когнитивных, эмоциональных взаимовлияний, отражающих субъективную интерпретацию ситуации лечения в контексте переживания смыслов лечения, осознания собственных потребностей и глубины клинических нарушений; определяется как способность к лечению. В структуру готовности к лечению включаются смысловая сфера переживаний пациентов, мотивационная структура личности, ресурсный потенциал. Смыслы рассматриваются в контекстуальных позициях относительно экзистенциальных категорий, выявляемых с помощью феноменологического анализа (одиночество, потеря, возможность, изменения и др.).

В результате исследования готовности к лечению больных опишной наркоманией в сравнении с группой больных артериальной гипертензией обнаруживается значительное преобладание реальных личностных смыслов. Жизненные ситуации при таком восприятии осознаются реалистично с привлечением положительного жизненного опыта, высок уровень адекватности восприятия. При этом у больных артериальной гипертензией обнаруживается высокий уровень защитных ригидных установок. При таком восприятии личностные смыслы формируются автоматизированно, без глубокого осмысления, с опорой на существующую субъективную систему убеждений. По данному типу восприятия обнаружены достоверные различия с группой больных наркоманией.

Следует говорить о специфичности смыслового восприятия ситуации лечения больных опишной наркоманией в сравнении с группой больных артериальной гипертензией, а также о специфичности взаимосвязей смыслового восприятия действительности, готовности и поведения в лечении, что влияет на коррекционную направленность переживаний относительно лечения и предлагается в рамках данного исследования к использованию при построении мотивационной модели лечения и реабилитации.

## КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЗАВИСИМОСТЯМИ

Декало Е.Э., Курпатов В.И.

*Центр «Психотерапия и клиническая психология»  
Института высоких медицинских технологий СПбГУ,  
Городской психотерапевтический центр, Санкт-Петербург*

Цель предлагаемой программы психокоррекции и реабилитации – замена мотивации употреб-

ления психоактивных веществ мотивацией лечения и, в дальнейшем, укрепление самомотивирующих установок на изменение жизненного стиля и поддержание здорового образа жизни, а также дезактуализация патологического влечения.

Основная задача – выработка гармоничного отношения к болезни, на основе когнитивного переконструирования.

Основные используемые техники когнитивно-поведенческой мотивационной психотерапии: идентификации когниций, когнитивное переконструирование (фактическое обоснование, поиск альтернатив), коррекция дисфункциональных представлений о новом поведении, об исходах лечения: техники осознания опыта, разрушение эмоциональных связей лечения с обязательным страданием, поэтапное обучение, оценка промежуточного результата.

Разработаны и использованы тренинги программы психотерапии, соответствующие ее этапу.

Основные мишени психокоррекции убеждений относительно лечения и снятия психоэмоционального напряжения: нормализация смыслового отношения к ситуации лечения, снижение значимости ситуации лечения как критической; повышение осознания собственной значимости в исходе лечения; коррекция противоречий относительно исходов; ситуативное восприятие лечебной программы как программы последовательной психокоррекции; включение системы реабилитационных мероприятий в структуру личностного развития, жизненных целей, смыслообразующих и смыслостроительных личностных механизмов; включение систем психокоррекции в структуру личностных потребностей: работа по реализации потребностных систем; снижение значимости психотравмирующих ситуаций, неудачных попыток лечения.

Данная программа внедрена в стационарном отделении реабилитации Томского областного наркологического диспансера. Исследована эффективность.

В результате программы реабилитации к 6-му месяцу лечения повышение готовности к лечению происходит в контексте общих показателей повышения уровня нормативного смыслового восприятия лечения, повышения уровня адаптации, снижения уровня тревоги, депрессии, патологического влечения. Изменение мотивации на лечение происходит за счет трансформации общей мотивационной структуры личности.

## СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ДЕЗМОРФИНА

Демидова О.В.<sup>1</sup>, Мохначев С.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>КГБУЗ «ККПНД № 5», г. Норильск,

<sup>2</sup>Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ, Москва

**Материал исследования:** пациенты в возрасте от 18 до 46 лет, имеющие сформированную зависимость от опиоидов и являющиеся потребителями дезоморфина. Выборка осуществлялась сплошным

методом из числа пациентов, обратившихся за стационарным либо амбулаторным лечением в КГБУЗ «ККПНД № 5». В ходе работы обследованы 65 пациентов, из них 25 женщин и 40 мужчин.

**Результаты.** На момент исследования в реальной трудовой деятельности никто из обследуемых задействован не был. Источники дохода определялись всеми пациентами как «на иждивении родственников» либо как незаконные. Все пациенты полностью утратили интерес к увлечениям, сформированным ранее. 31 пациент исследуемой группы (43,06%) имел судимости и ранее отбывал различные сроки заключения в местах лишения свободы. Для 38 пациентов приему дезоморфина предшествовало потребление героина, 3 имели в анамнезе прием опия сырца, у 15 приему дезоморфина предшествовало сочетанное употребление опия сырца и героина, 5 имели в анамнезе сформированную форму зависимости от алкоголя, а в 4 случаях дезоморфин являлся первичным наркотиком. Для 100% обследуемых приобщение к дезоморфину происходило на «закрытых» вечеринках и носило групповой характер. Для 53 пациентов, осуществивших переход от героина к дезоморфину, причинами явились: трудность приобретения героина; легкость приобретения препаратов и прекурсоров, лежащих в основе изготовления дезоморфина; низкая стоимость наркотизации; простота изготовления наркотического вещества в домашних условиях; трудность уголовного преследования. Прием дезоморфина носит групповой характер. Группа, как правило, составляет от 3 до 5 человек – «семья», что является дополнительным препятствием для терапевтического вмешательства, так как решение об обращении за медицинской помощью и отказ от нее принимаются группой. У 73% обследованных пациентов имеется опыт потребления дезоморфина с тропикамидом. Достаточно ранний период обращения за медицинской помощью от момента начала потребления дезоморфина свидетельствует о быстром росте суточной толерантности, накоплении соматических проблем. Низкий уровень социальной адаптации по шкале А.В. Рустановича выявлен у 60%, удовлетворительный – у 38,5% и лишь у 1,5% – хороший. Все потребители дезоморфина имели крайне напряженные внутрисемейные отношения.

## ЗАВИСИМОЕ СОСТОЯНИЕ ЛИЧНОСТИ КАК ОСНОВНАЯ МИШЕНЬ В ПРЕВЕНЦИИ, ДИАГНОСТИКЕ, ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АДДИКТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ

Дереча В.А., Карпец В.В.,  
Дереча Г.И., Постнов В.В.

Оренбургская государственная медицинская академия,  
г. Оренбург

Понятие зависимого состояния личности при аддикциях пока еще не получило должного места ни в психодиагностике, ни в клинической характеристике, ни в классификации симптомов и синдромов

аддиктивных расстройств. Между тем уже в инициальном периоде любых аддикций видно, что в основе отклоняющегося (а затем и собственно патологического) поведения индивидуума лежит изменение ядра личности: ее ценностей и предпочтений в образе и смыслах жизни, а также самосознания с нарушением критического к себе отношения. Несмотря на это, остро ощущается недостаточная разработанность именно в личностно-ориентированных подходах при решении практических задач профилактики, лечения и реабилитации при аддикциях.

Одной из причин недооценки и недоиспользования понятия зависимого состояния личности является тот факт, что в психиатрии и наркологии в большей мере изучены характерологические аспекты личностной патологии (психопатии, психопатоподобные состояния) или их сочетание с когнитивным снижением личности (органическое расстройство личности). В то же время остается недостаточно определенным феномен патологического содержания личности, включая состояние зависимости, сущность которого определяется не только наличием различных форм патологического влечения, но также патологическими ценностями и установками личности, ее патологическими воззрениями и отношениями, ее патологическими смыслами существования и патологическим образом жизни. Все это наглядно подтверждается результатами обследований больных с самым различными видами аддикций такими личностными методиками, как «Смысложизненные ориентации», «Ценностные ориентации», «Ценности личности», «Гиссенский личностный опросник», «Личностный адаптивный потенциал» и др. В целом при комплексном применении клинико-психопатологического, клинико- и экспериментально-психологического подходов у больных с аддикциями выделяются три направления патологических изменений личности: в сфере личностных смыслов и ценностей, являющихся результатом аддиктивного патологического развития личности; в сфере характера личности («психопатизация»); в сфере когнитивных ресурсов личности (органическое снижение). У каждого конкретного пациента данные направления обнаруживаются в разной последовательности и выражены по-своему, но существуют в единстве. Однако каждое из них требует выбора специфических средств лечения и коррекции. Особенно без деактуализации зависимого состояния личности (а не только патологического влечения) не может быть и речи о формировании ремиссии.

### ЭКЗОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ И ЕЕ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСЕВДОИНСУЛЬТНЫХ СОСТОЯНИЙ

**Джунусова К.И., Помников В.Г., Лейкин И.Б.**

*Институт усовершенствования врачей-экспертов,  
Санкт-Петербург*

Термином «псевдоинсульт» обозначают состояние, при которых развивается клиника остро-

го нарушения мозгового кровообращения, но при аутопсии не обнаруживаются морфологических макроскопических изменений, которые могли бы объяснить имеющиеся клинические проявления.

Анализ заболеваний, произведенных на базе городской больницы № 26 Санкт-Петербурга, иллюстрирует трудности правильной диагностики характера острой церебральной симптоматики при соматической патологии. Нами проанализировано 25 случаев, когда в клинической картине заболевания доминировала острая неврологическая симптоматика, в происхождении которой могли иметь значение патология внутренних органов и алкогольная интоксикация. Среди 25 больных, доставленных в стационар «скорой помощью» с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения, было 15 мужчин и 10 женщин в возрасте от 19 до 70 лет (13 из них поступили в тяжелом состоянии и 12 в состоянии средней степени тяжести). В неврологическом статусе выявлялись нарушения сознания, дизартрия, диплопия, сенсомоторная афазия, двусторонняя пирамидная симптоматика, гемипарез, хореоатетойдные гиперкинезы, положительные менингеальные симптомы, у некоторых больных наблюдались генерализованные тонико-клонические судороги. Больные были тщательно обследованы соматически с использованием комплексов биохимических, рентгенологических исследований, проводилась люмбальная пункция с последующим биохимическим и микроскопическим анализом ликвора. Всем больным проведена компьютерная томография головного мозга, ни в одном случае не выявившая признаков очагового поражения.

Анализ наблюдающихся случаев показал, что у больных с псевдоинсультами на фоне алкогольной интоксикации, по сравнению с соматогенными псевдоинсультами, чаще встречаются психические нарушения, судорожный синдром, выраженная общемозговая симптоматика. Во всех патологоанатомических наблюдениях (13 случаев) имел место отек головного мозга с развитием дислокационного синдрома на фоне алкогольной энцефалопатии. Данные факты целесообразно учитывать при диагностике острых состояний у лиц с алкогольной интоксикацией.

### СПОНТАННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕАКТИВНОСТИ НА СТИМУЛЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ДЕЙСТВИЕМ АДДИКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

**Драволина О.А.<sup>1</sup>, Беспалов А.Ю.<sup>1,2</sup>, Звартау Э.Э.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup> Санкт-Петербургский Государственный медицинский  
университет им. акад. И.П. Павлова,  
Институт фармакологии им. А.В. Вальдмана,  
Санкт-Петербург*

*<sup>2</sup> Отдел нейронаук, Эбботт, Людвигсхафен, Германия*

Предъявление стимулов, ранее ассоциированных с действием аддиктивных веществ, восстанавливает угашенное поведение, направленное на

поиск данного вещества. Одной из причин, ограничивающих эффективность угашения реактивности, является спонтанное восстановление угашенного поведения с течением времени. В настоящем исследовании самцы крыс стока Вистар были обучены выглядывать в отверстие стандартных оперантных камер за получение подкрепления в виде внутривенной инфузии никотина – 0,03 мг/кг на инфузию; режим фиксированного соотношения (FR5) с таймаутом 60 с. После выработки самовведения никотина поведенческую реакцию угашали в отсутствие стимулов, ассоциированных с действием никотина. В течение последующих тестов никотин был также недоступен, но выглядывание в отверстие камер вело к сопряженному предъявлению стимулов, ассоциированных с действием никотина. В *Эксперименте 1* восстановленная предъявлением ассоциированных с действием никотина стимулов оперантная реакция значительно угасалась за шесть последовательных тестов при условии, что тесты проводили ежедневно или каждые три дня (при наличии или отсутствии промежуточных сессий угашения без предъявления условных стимулов). Однако угашение реактивности было слабо выражено или отсутствовало при возрастании интервалов между тестами до 7 дней. В *Эксперименте 2* выраженность реактивности на условные стимулы оценивали однократно через 1–28 дней после угашения оперантной реакции. Не было обнаружено значимых различий в уровне реактивности в зависимости от продолжительности интервала (т. е. отсутствие «инкубации» реактивности на стимулы, ранее ассоциированные с действием никотина). В *Эксперименте 3* реактивность на стимулы, ранее ассоциированные с действием никотина, была угашена в течение пяти последовательных сессий с предъявлением условных стимулов, при этом шестую (заключительную) сессию проводили через 1–28 дней. Было обнаружено, что угашенная реактивность на стимулы полностью восстанавливается через 14 или 28 дней. В целом данные результаты свидетельствуют о том, что угашение реактивности на стимулы, ассоциированные с действием никотина, не связано с необратимым исчезновением выученной реакции, и она может быть восстановлена с течением времени.

### ФОТОАУТОГЕМОТЕРАПИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Дронов О.Е., Дронова Т.Г., Чефанова Ж.Ю.

*Белгородский государственный университет, г. Белгород*

При лечении алкоголизма необходимо воздействовать как на механизмы зависимости, так и на соматическую патологию, возникшую вследствие хронической алкогольной интоксикации. Для достижения поставленной цели может служить фотоаутогемотерапия (ФАГТ) – метод немедикаментозного лечения, позволяющий за короткое время достичь стойкого терапевтического эффекта.

**Цель исследования:** изучить клиническую эффективность ФАГТ на различных этапах алкогольной болезни.

**Материалы исследования.** Обследованы 689 больных. Лечение прошли 33 больных с острой алкогольной интоксикацией, 482 – с алкогольным абстинентным синдромом (ААС), 60 – с постабстинентным состоянием, 114 – с алкоголизмом при сопутствующих соматических заболеваниях. Для сравнения группы контроля получали традиционную дезинтоксикационную терапию.

**Методы исследования:** клинико-психопатологический, нейрофизиологический, биохимический, статистический. Применяли экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови (ЭУФОК), внутрисосудистое ультрафиолетовое облучение крови (ВУФОК) и экстракорпоральное облучение крови синим светом (ЭОК СС).

**Результаты.** При острой алкогольной интоксикацией ФАГТ позволяет в короткие сроки стабилизировать состояние больных, способствует улучшению состояния вегетативного и гуморального гомеостаза, приводит к уменьшению нарушений электрофизиологических свойств миокарда, что в целом снижает риск развития острой коронарной патологии. У больных алкоголизмом с сопутствующими гепатитами различной этиологии наряду со снижением тяги к алкоголю достоверно нормализовались билирубин, АСТ, ГГТ, холестерина и β-липопротеиды, отмечалась положительная динамика при проведении УЗИ печени; больные с заболеваниями легких также при снижении тяги к алкоголю отмечали: урежение кашля, уменьшение одышки, у них нормализовались показатели СОЭ и лейкоцитов и функции внешнего дыхания. В дальнейшем ремиссия алкоголизма и хронического бронхита были взаимосвязаны.

Степень тяжести при ААС (482 больных) снизилась в целом при применении ЭУФОК в 8,9 раза, при ЭОК СС – в 14,4 раза, при ВУФОК – в 7 раз, при этом в контрольной группе – в 2,5 раза.

**Выводы.** Высокая эффективность позволяет широко применять ФАГТ. Важным достоинством этих методов являются: возможность применения в условиях любого медицинского учреждения, достаточная эффективность, отсутствие осложнений, широкий спектр действия.

### РИСК ПРОЯВЛЕНИЯ НАСИЛИЯ У МУЖЧИН С ШИЗОФРЕНИЕЙ И СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ В СОСТОЯНИИ РЕМИССИИ

Дукорский В.В., Балашов А.Д.

*Белорусский государственный медицинский университет,  
г. Минск, Республика Беларусь*

Для клиницистов не представляется сложным на основании собственного опыта увидеть связь между злоупотреблением психоактивными

веществами (ПАВ) и насильственным поведением. Многочисленные исследования как отдельных ученых, так и целых научных центров различных стран продемонстрировали, что злоупотребление ПАВ (отдельно или в сочетании с психическими расстройствами) имеет более сильную связь с насилием, чем любые другие психические расстройства сами по себе. По данным финских исследователей, зависимость от ПАВ повышает риск убийства у мужчин более чем в 17 раз. Шизофрения, осложненная алкогольной зависимостью, повышает риск агрессии в 16,8 раза. Изучение преступной активности лиц с шизофренией и синдромом зависимости от алкоголя, ранее совершавших общественно опасные деяния (ООД) и в настоящее время находящихся в состоянии ремиссии, ранее не проводилось.

**Материалы и методы.** Проведено исследование лиц мужского пола с шизофренией и синдромом зависимости от алкоголя, находящихся на диспансерном учете в психиатрических учреждениях Республики Беларусь. Всего в исследование было включено 60 пациентов, которые ранее совершали агрессивные ООД в состоянии невменяемости в связи с шизофренией. Все пациенты были разделены на следующие группы: 1-я группа (30 человек) – с активным синдромом зависимости от алкоголя, без длительных ремиссий после прекращения принудительных мер безопасности и лечения (ПМБЛ), 2-я группа – лица с длительной алкогольной ремиссией (более трех лет после отмены ПМБЛ). Различия оценивались с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона с использованием Statistica 6.0; результаты также представлены в виде отношений шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом.

**Результаты и обсуждение.** В изучаемых группах не выявлено каких-либо статистически достоверных различий в клинико-социальных параметрах. Однако установлено, что в первой группе повторные агрессивные ООД совершили 28 пациентов (93,33%), против 2 (6,66%) во второй. Таким образом, риск повторного агрессивного ООД в группе пациентов с алкогольной ремиссией оказался ниже в 14 раз, что подтверждается высокой степенью достоверности ( $\chi^2=27,13$ ;  $p<0,0001$ ) ОШ=196 (25,77–1490,56).

**Результаты настоящего исследования** свидетельствуют о значительной протективной роли алкогольной ремиссии в снижении риска повторного насилия у лиц, страдающих шизофренией и синдромом зависимости от алкоголя.

## ТЕРАПИЯ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Егоров А.Ю.

*Институт эволюционной физиологии и биохимии  
им. И.М. Сеченова РАН, Санкт-Петербург*

Согласно зарубежным данным, сегодня распространенность гемблинга в популяции составляет около 0,5% населения. Как и при других химических зависимостях, в последние годы число лиц с игровой зависимостью растет, отмечается снижение возраста начала заболевания, стирание половых различий. Отмечается крайне высокая коморбидность игровой зависимости и других психических расстройств. На сегодняшний день в мире для лечения игровой зависимости имеются как немедикаментозные, так и фармакологические методы. Из нефармакологических методов лечения наименьшую эффективность демонстрируют терапевтические сообщества типа Анонимных гемблеров. В качестве психотерапии эффективность продемонстрировал когнитивно-поведенческий подход. Показана также эффективность краткосрочных когнитивно-поведенческих групповых интервенций. При фармакотерапии гемблинга используются три основных группы препаратов: агонисты/антагонисты опиоидных рецепторов, антидепрессанты и нормотимики. При этом никаких различий в эффективности трех классов психотропных средств выявлено не было. Доказана эффективность агонистов/антагонистов опиоидных рецепторов налтрексона и налмефена при лечении игровой зависимости. Для лечения игромании используются современные антидепрессанты. Существуют доказательные исследования об успешном использовании большинства СИОЗС: флувоксамина, пароксетина, сертралина и ципралекса. Применение корректоров настроения в терапии гемблинга менее распространено, чем препаратов первых двух групп. Имеются сведения об эффективности карбамазепина и топирамата. Проведены доказательные исследования, показавшие равную эффективность карбоната лития и вальпроата в терапии игромании.

Наш опыт насчитывает более десяти лет терапии больных с игроманией. На наш взгляд, для лечения этой сложной категории больных необходимо сочетание базовой психофармакотерапии и когнитивно-поведенческой психотерапии. В качестве психофармакотерапии чаще всего использовались антидепрессанты СИОЗС, СИОЗСН венлафаксин, а также мелатонинергический антидепрессант агомелатин в средних терапевтических дозах. В случаях выраженных нарушений сознания в момент игрового драйва или при компульсивной тяге к игре использовался карбамазепин до 400 мг/сут. Когнитивно-поведенческие интервенции проводились в первый месяц каждую неделю, а в последующем 1–2 раза в месяц. Продолжительность лечения составляла 2–4 месяца. Необходимо проведение строгих доказательных исследований оценки эффективности комплексных подходов в терапии игровой зависимости.

## АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, АГРЕССИЯ И АУТОАГРЕССИЯ

Ениколопов С.Н.

Научный центр психологического здоровья РАМН, Москва

Аддиктивное поведение традиционно рассматривается как одна из форм аутоагрессивного (аутодеструктивного) поведения. Это вид агрессивного поведения, при котором субъект и объект агрессии совпадают. Аутоагрессия включает в себя не только девиантные формы поведения, но и социально приемлемые, часто встречающиеся в повседневной жизни каждого человека.

Аутоагрессивное поведение является одной из наиболее интересных и актуальных проблем психологии. Это наиболее парадоксальная форма человеческого поведения, так как противоречит достижению биологического, социального или психологического благополучия субъекта. Актуальность и значимость аутодеструкции связи с ростом самоубийств и суицидальных попыток и возникновения новых, культурно-обусловленных форм и вариантов (расстройства пищевого поведения, модификация собственного тела в различных формах – пластическая хирургия, пирсинг, татуирование и др.).

Выделяют три класса аутодеструктивного поведения:

а) саморазрушение в традиционном понимании (суицид, самоповреждающее поведение);

б) компромиссное поведение (tradeoffs), которое определяется значительным несоответствием рисков и затрат желаемым результатам, то есть это формы деятельности (бездеятельности), при которых вероятность успешного исхода снижается за счет сиюминутной выгоды или удовольствия. Под эту категорию подпадают злоупотребление алкоголем, курение, наркомания, гемблинг, компьютерная зависимость, создание препятствий самому себе (self-handicapping), промедление (procrastination), застенчивость, несоблюдение медицинских предписаний;

в) непродуктивные стратегии – характеризуются настойчивым использованием неверных средств для достижения желаемой цели. К этому виду аутодеструкции относят неправильно направленное упорство, неверную постановку цели и выученную беспомощность.

В последние годы появились работы, показывающие связь аутоагрессии, агрессии и аддиктивного поведения. Многие традиционно агрессивные формы поведения стали рассматриваться как аддикции – убийство, изнасилование, кражи, поджоги, теракты. Наши исследования показывают связь аддикций и враждебности.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НИКОТИНА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Еричев А.Н., Коцюбинский А.П.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург

Курение пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами, представляет значительную проблему. К. Lasser с соавт. указывают на то, что почти половина всего количества сигарет в США выкуривается лицами, страдающими психическими заболеваниями или какой-либо психической зависимостью. Доказано, что курение ухудшает биодоступность психотропных препаратов, увеличивает частоту побочных эффектов, способствует росту соматической патологии.

В отделении внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева было проведено обследование 49 больных с шизотипическим расстройством (F21 по МКБ-10) и другими расстройствами шизофренического спектра. Исследование включало следующие методики: расчет индекса пачка/лет; оценка степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема); уровень мотивации к отказу от курения и полуструктурированное интервью. В исследование были включены лица как мужского, так и женского пола (средний возраст 27 лет). Были получены следующие результаты (приводятся средние величины): стаж курения – 9 лет; количество выкуриваемых сигарет за день – 16; оценка степени никотиновой зависимости (тест Фагерстрема) составила – 5,57 балла, при этом степень никотиновой зависимости колебалась от очень низкой (0 – баллов) до очень высокой (максимально – 8 баллов); уровень мотивации отказа от курения – 4,29 балла, что считается средним; индекс «пачка/лет» составил – 11,53, что может свидетельствовать о повышенном риске развития обструктивных заболеваний легких в данной группе пациентов.

Результаты исследования свидетельствуют, что 42,9% употребляющих табак больных хотят бросить курить, но они одновременно оценивают свои шансы как ничтожные, так как имеют неудачный опыт борьбы с зависимостью: в 71,4% случаев в виде самолечения без помощи врачей, а в 28,6% – прибегая к врачебной помощи и безуспешно используя в этом случае лекарственные препараты (14,3% пациентов) или психотерапию (14,3%). Результаты исследования опровергают распространенное заблуждение, что люди, страдающие нервно-психическими расстройствами, не хотят прекращать курение. Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что мотивация пациентов на прекращение курения является вполне достаточной, и необходимо не «запугивание» пациента соматическими последствиями этой «пагубной привычки», а преодоление страхов неудачи лечения и выстраивание четкого плана его проведения с учетом индивидуальных особенностей.

## ПРОСТОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАЗАДОНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕМИССИИ

Ериш С.М., Рыбакова К.В.,  
Крупницкий Е.М.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

**Введение.** Результаты исследований применения антидепрессантов для лечения алкоголизма оказались противоречивыми, возможно в силу того, что в исследования включались как больные с коморбидными аффективными расстройствами, так и без них, а также в силу использования антидепрессантов с различными механизмами действия.

**Цель исследования:** изучить эффективность применения антидепрессанта тразодона, относящегося к группе SARI, механизм действия которого включает ингибирование обратного захвата серотонина и блокаду 2A-подтипа рецепторов серотонина, для купирования аффективных расстройств депрессивного круга и стабилизации ремиссии у больных алкоголизмом.

**Методы:** 61 больной алкоголизмом с коморбидными депрессивными расстройствами получали тразодон (150 мг/сут) в течение трех месяцев. Больные второй группы (31 чел.) получали идентично выглядящее плацебо. Все больные еженедельно должны были посещать клинику для контроля ремиссии (потребления алкоголя), оценки выраженности аффективных расстройств и комплайенса приема препаратов (по подсчету непринятых таблеток). Для оценки депрессии и тревоги использовали шкалы Гамильтона, Монгомери–Ашберг, Зунга и Спилбергера. Влечение к алкоголю оценивали с помощью обсессивно-компульсивной, Пенсильванской и визуальной аналоговой шкал. Для контроля потребления алкоголя использовали методику ретроспективного анализа и определение активности гамма-глутамилтранспептидазы. Для общей оценки эффективности терапии использовали шкалу общего клинического впечатления. Исследование проводилось простым слепым методом.

**Результаты.** Результаты данного исследования показали, что тразодон значительно превосходил плацебо в отношении купирования аффективных расстройств (депрессии и тревоги), антикрэйвингового эффекта, а также стабилизации ремиссии при алкоголизме. Количество побочных эффектов было несколько выше в группе тразодона.

**Выводы.** Тразодон продемонстрировал высокую эффективность и хорошую переносимость в лечении больных, страдающих алкогольной зависимостью, с коморбидными аффективными расстройствами.

## ВЛИЯНИЕ АФОБАЗОЛА НА ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Ерышев О.Ф., Дубинина Л.А.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

**Введение.** Низкая эффективность лечения табакокурения стимулирует разработку и внедрение в практике различных терапевтических методик. Важнейшим фактором, влияющим на решение пациента начать лечение, терпеливо продолжать его и, наконец, получить по возможности положительный результат, является мотивация к лечению. Отсутствие истинной мотивации часто ведет к прекращению лечения. Особенно важно наличие мотивации в начале лечения, в момент подготовки к курсу собственно антиникотиновой терапии.

**Задача исследования:** использовать психотропное средство для укрепления мотивационных механизмов у пациентов с никотиновой зависимостью (НЗ) в период подготовки к лечению. В связи с этим представлялось обоснованным назначение афобазола – препарата, обладающего анксиолитическим действием с активирующим компонентом, не сопровождающимся гипноседативными эффектами. Выбор этого препарата обусловлен наличием у всех пациентов потребностей получения посредством курения как расслабляющих, так и стимулирующих эффектов, особенно необходимых в ситуациях нервного напряжения.

**Материалы и методы исследования.** Обследованы 48 пациентов с НЗ в возрасте от 26 до 58 лет (средний возраст 45,7±8,6 года). Для оценки степени тяжести НЗ использован тест Фагерстрема. Квантифицированная оценка мотивации к курению проводилась с помощью опросника, выделяющего различные факторы мотивации к курению: потребность в стимулирующем или расслабляющем эффекте, получении поддержки при нервном напряжении, потребность манипулировать сигаретой и др. Оценка мотивации к лечению осуществлялась при первой встрече с больным и через 2 недели. Обследуемые больные были разделены на две группы (23 и 25 человек), идентичные по возрасту, давности НЗ и ее выраженности. Все пациенты мотивировались на концентрацию внимания на особенностях своего курительного поведения и мобилизацию волевых усилий на их изменение. Затем им предоставлялся двухнедельный «подготовительный период» до начала собственно антиникотинового курса. Пациенты 1-й группы получали в течение этого времени афобазол в суточной дозе 20–30 мг/сут.

**Результаты исследования** оценивались по динамике выраженности мотивации к лечению и числу успешных попыток прекратить курение не менее чем за 12 часов до начала курса антиникотиновой терапии. Больные, получавшие афобазол, оказались лучше мотивированными на лечение, что выражалось в различии данных опросника в груп-

пах и в виде воздержания от курения не менее 12 часов до начала антитабачной терапии в 1-й и 2-й группах (80% и 52% соответственно,  $p=0,041$ ).

**Заключение.** Афабазол, как препарат, обладающий противотревожным и некоторым стимулирующим действием, может быть достаточно эффективным для укрепления мотивации к лечению перед началом курсовой антитабачной терапии.

## ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНЫМ АБСТИНЕНТНЫМ СИНДРОМОМ

**Жукова Н.Э., Мартусевич А.К., Спицин А.П.**

*Кировская государственная медицинская академия, г. Киров  
Клиника «Госпитальер», г. Саратов  
Нижегородский научно-исследовательский институт  
травматологии и ортопедии, г. Нижний Новгород*

**Целью работы** явилось уточнение особенностей состояния микроциркуляторного русла у пациентов с алкогольным абстинентным синдромом (ААС).

**Материал и методы исследования.** Обследованы 30 пациентов с алкогольным абстинентным синдромом (основной диагноз – F10.222, синдром зависимости вследствие злоупотребления алкоголем, средняя стадия, период поддерживающей терапии; средний возраст  $43,9 \pm 5,2$  года) и 15 добровольцев сопоставимого возраста. Основная группа и группа сравнения преимущественно представлены мужчинами (80% испытуемых в каждой группе). Коррекция абстинентного синдрома проводилась по традиционной схеме.

Состояние микроциркуляции оценивали методом лазерной доплеровской флуометрии на аппарате «ЛАКК-02» со специализированным программным обеспечением «LDF 2.20». Исследование микроциркуляции осуществляли в одной классической точке: на внутренней поверхности предплечья. Контрольными точками обследования пациентов являлись 1-е, 3-е, 7-е и 14-е сутки с момента полного прекращения приема алкоголя. Представителям группы сравнения исследование было проведено однократно.

Полученные данные были обработаны в программном пакете Statistica 6.0.

**Результаты исследования.** Проведенный анализ состояния микроциркуляции позволил установить, что его изменения присутствуют у пациентов с ААС на всех этапах исследования. Так, максимальные отклонения уровня основного измеряемого параметра ПМ наблюдали сразу после начала алкогольной абстиненции (на 1–3-и сутки с момента прекращения приема спиртных напитков). В дальнейшем (на 7–14-е сутки абстиненции) степень угнетения кровотока по микрососудам существенно снижается, но не достигает уровня, характерного для практически здоровых людей, даже к последней контрольной точке (на 14-е сутки на-

блюдения). Рассмотрение данных амплитудно-частотного спектра показателя микроциркуляции в динамике коррекции ААС указало на активацию в ранние сроки после прекращения приема алкоголя тех регуляторных механизмов тонуса микрососудов, которые в норме относительно угнетены.

**Заключение.** Установлено, что в условиях алкогольной абстиненции деятельность микроциркуляторного русла претерпевает существенные адаптивно-компенсаторные изменения. Адекватная коррекция состояния пациентов приводит к нормализации баланса регулирующих систем и перераспределению кровотока между сосудами различного калибра до физиологического соотношения, однако даже вне абстиненции у больных с зависимостью от алкоголя регистрируется умеренное угнетение активности микроциркуляции.

## ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС НА РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ В ОТВЕТ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СЛАБОАЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ

**Забирова И.Г., Суркова Л.А., Листвина В.П.,  
Самойлик Л.В., Калинина А.Г.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

**Цель исследования:** изучение влияния продолжительного воздействия слабоалкогольных кофеинсодержащих напитков полупринудительным методом на память и алкогольное поведение в условиях свободного выбора с водой на самцов взрослых и молодых крыс.

Объектом исследования служили беспородные крысы-самцы: «взрослые» – со стартовой массой тела 230–250 г, и «молодые» – с массой 175–205 г. Каждая возрастная группа состояла из 45 особей.

**Методика исследования.** Каждая из возрастных групп состояла из трех подгрупп по 15 особей, потреблявших в период 8-недельного запаивания воду (1-я группа), 7% об. раствор этилового спирта с сахаром в концентрации, аналогичной исследуемому напитку (2-я группа), и слабоалкогольный тонизирующий напиток, содержащий 7% об. этилового спирта. Перед периодом запаивания и по его окончании животных индивидуально тестировали на добровольное потребление 10% в/об. раствора этанола в условиях свободного выбора между этанолом и водой и на обучаемость и память методом оценки условной реакции пассивного избегания (УРПИ). Запаивание осуществлялось путем предоставления напитков в виде единственного источника жидкости с еженедельным перерывом на двое суток для исключения депривации. Результаты оценивали методами параметрической и непараметрической статистики.

**Результаты исследования.** Среднесуточные объемы потребления жидкостей за 8 недель в 1-й, 2-й и 3-й группах молодых крыс составили  $112,3 \pm 6,7$ ,



117,3±12,9 и 119,3±10,4, а у взрослых крыс, соответственно, 136,7±31,4, 139,5±10,4 и 134,5±16,5. При этом среднесуточная доза алкоголя в составе употребленного напитка составила во 2-й и 3-й группах молодых крыс 6,5±0,7 и 6,6±0,5 г/кг, тогда как у взрослых, соответственно, 7,7±0,6 и 7,4±0,9 г/кг. После 8 недель алкоголизации по показаниям УРПИ у молодых крыс краткосрочная память достоверно проявилась в 1-й группе, на уровне тенденции – в 3-й группе и отсутствовала во 2-й группе. Долгосрочная память была слабо выражена во всех группах молодых крыс. Показатели же УРПИ у взрослых крыс после 8 недель алкоголизации свидетельствовали о проявлении обучаемости, краткосрочной и долгосрочной памяти во всех группах крыс. Среднесуточное добровольное потребление 10% в/об. раствора этанола (тестировали в течение 3 суток), выраженное в медианах и квартилях «Ме (25; 75)» г чистого этанола на кг массы тела крыс, увеличилось после 8 недель алкоголизации в 1-й, 2-й и 3 группах молодых крыс на 1,2 (-0,1; 3,7); 2,4 (0,3; 4,2) и 2,5 (1,4; 4,9) г/кг ( $p \geq 0,05$  в 1-й группе;  $p \geq 0,001$  во 2 и 3-й группах по сравнению с исходными показателями), тогда как этот показатель в 1-й, 2-й и 3-й группах взрослых крыс составил 0,7 (-0,9; 2,1); 0,7 (0,1; 2,3); и 1,1 (-0,8; 2,5) г/кг.

**Заключение.** У взрослых крыс после 8 недель запаивания добровольное потребление раствора этанола в свободном выборе с водой практически не изменилось. Молодые крысы резко увеличили уровень добровольного потребления этанола. Контакт с этанолом при исходном трехсуточном тестировании, регулярно переживаемые стрессы от экспериментальных манипуляций у молодых крыс привели к развитию алкогольной мотивации, включая животных, потреблявших в течение 8 недель только воду.

## АЛКОГОЛИЗАЦИЯ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Завязкина Н.В.

*Киевский городской центр судебно-психиатрической  
экспертизы, г. Киев, Украина*

В соответствии с эпидемиологическими данными, распространенность суцидov среди больных эпилепсией в 5–12 раз превышает их распространенность в общей популяции. При этом часть суцидov составляет до 1/5 в структуре смертности больных эпилепсией.

В формировании аутоагрессивного поведения психически больных принимает участие ряд внешних и внутренних факторов. Возникновение аутоагрессии у больного эпилепсией является результатом сложного взаимодействия особенностей болезни (длительность, тип течения, частота приступов, изменения в когнитивной сфере, степень выраженности личностных изменений), психоген-

но-травмирующей ситуации, в которой оказался больной человек, и реакции измененной личности на ситуацию. Вследствие тяжести болезни, стигматизации у больных возникают субъективное чувство ущербности и неполноценности, семейные и внутриличностные конфликты, связанные с необходимостью формирования приспособительного поведения к жизненной ситуации; формируются патологические реакции на изменение их положения в социуме. Все это создает предпосылки для формирования аутоагрессивного поведения.

Одним из факторов, осложняющих картину аутоагрессивного поведения больных эпилепсией, является состояние алкогольного опьянения. В состоянии алкогольного опьянения у больных снижается настроение, усиливается раздражительность, несдержанность, проявляется склонность к вербальной или физической агрессии, происходит учащение припадков. Больные критично не оценивают будущие перспективы, нарушается восприятие времени, блокируются поиски выхода из сложившейся жизненной ситуации. В отдельных случаях больные систематически не алкоголизируются, однако выпивают «для храбрости», поскольку боятся, что «не хватит решимости совершить самоубийство», а также для усиления действия медикаментов (при самоотравлении). Употребление алкоголя облегчает возникновение аутоагрессивных намерений и их реализацию у больных эпилепсией, усиливает существующие психические расстройства и используется как дополнительное средство при совершении самоубийства.

Своевременное диагностирование, а также четкое разграничение факторов, составляющих аутоагрессивное поведение больных эпилепсией, на главные и второстепенные позволит определить необходимый объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий в отношении этих больных.

## АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, АССОЦИИРОВАННОЕ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Загоруйко Е.Н., Гафаров В.В., Логвиненко И.И.

*НИИ Терапии СОРАМН, г. Новосибирск*

Исследование ассоциации пограничного личностного расстройства с алкогольным аддиктивным поведением показало сложность формирующейся структуры личности, в основе которой лежит нарушение идентичности, что и определяло особенность ее основных клинических проявлений. Анализ полученных данных продемонстрировал исходную предрасположенность пограничной личности к формированию девиантного поведения, в том числе и аддиктивного, базирующуюся на нарушении идентичности; у пограничной личности отсутствовало формирование аддиктивного континуума, свойственного «классической» динамике аддиктивного процесса; были характерны полиаддиктивные

реализации, как химические, так и нехимические, что было обусловлено невозможностью фиксации на аддиктивном агенте и неспособностью удержания в течение длительного времени определенного «предпочитаемого» способа аддиктивной реализации. Отсутствие фиксации на определенном аддиктивном агенте и кратковременность аддиктивных реализаций обуславливали сравнительную редкость формирования симптомов физической зависимости к алкоголю (51,4%, 39,3% и 11,1% в трех исследованных группах соответственно), аддиктивные реализации у пограничных лиц могли выступать в рамках импульсивного поведения, что определяло их кратковременный характер, гедонистическую мотивацию, невозможность установить четкие причинные факторы, провоцирующие аддиктивные реализации, и явную сознательную ориентацию на определенный эффект алкоголя как аддиктивного агента.

Сочетание пограничной личностной организации с алкогольными аддиктивными реализациями имело опустошающие последствия для личности пациентов, приводило к активации аутодеструктивного драйва, который проявлялся как непосредственно – суицидальными попытками, так и косвенно – самоповреждающим поведением. Импульсивное поведение под влиянием алкогольных аддиктивных реализаций у пограничных лиц принимало брутальный характер, что фактически являлось свидетельством потери контроля – биологического и социального. Пограничные пациентки с аддиктивными реализациями выявляли высокую коморбидность по I оси (согласно DSM-IV) с преобладанием расстройств тревожно-депрессивного спектра.

Исследование ассоциированности данных патологий позволило выявить их высокую социальную опасность, женщины с пограничным личностным расстройством не входят в группы риска и находятся вне поля зрения специалистов, в связи с чем не охватываются профилактическими мероприятиями, направленными на предотвращение формирования аддиктивного поведения. Таким образом, пограничные пациентки способствовали распространению наркомании и алкоголизма среди относительно благополучных сред населения, что придает большую социальную значимость изучению данной проблемы.

## **ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЗДНИХ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ДИСКИНЕЗИЙ**

**Захаров Д.В., Михайлов В.А., Фурсова И.В.**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

Введение нейролептиков в 50-х годах XX века ознаменовало собой переломный момент в лечении психических расстройств. Несмотря на рост осложнений данной терапии, она обеспечивает необходимую потребность пациентов в коррекции их

психических расстройств. Прием нейролептиков обусловлен медицинскими показаниями, а длительность применения часто измеряется годами. В этой связи в определенном смысле можно говорить о ятрогенной зависимости такого рода больных от лекарств и лечения.

Поздняя (тардивная) нейролептическая дискинезия (ТД) – нейролептический экстрапирамидный синдром, обусловленный повреждением базальных ганглиев и подкорково-таламических связей. ТД развивается у 30% пациентов, длительно принимающих нейролептики, а их отмена часто усиливает симптоматику. Клиническая картина представлена стойкими, иногда необратимыми, непроизвольными, неритмичными, повторяющимися, быстрыми насильственными движениями в области лица, шеи, реже туловища или конечностей. Стойкость, а часто и необратимость, внешняя неприглядность, приводящая к социальной дезадаптации, отсутствие эффективного лечения заставляют исследователей искать новые пути коррекции.

**Целью данной работы** являлась оценка эффективности введения ботулотоксина в качестве альтернативного метода коррекции тардивной дискинезии.

В исследуемую группу были включены 32 пациента с диагнозом шизофрения, получающих типичные нейролептики на сроке 14–138 месяцев и с развившимся поздним нейролептическим синдромом. Гиперкинезы преимущественно локализовались в лицевой мускулатуре, шее. У всех пациентов в анамнезе неэффективность холинолитиков, амантадинов, бензодиазепенов и др. препаратов. Всем пациентам вводился ботулинический токсин типа А (Ксеомин) по индивидуальной методике и в индивидуально подбираемой дозе от 70 до 300 ЕД преимущественно в жевательную, мимическую мускулатуру лица, язык, платизму.

**Результаты.** После введения ботулотоксина все пациенты отметили положительную динамику. По шкале Общего клинического впечатления улучшение отмечено у 73%, преимущественно у пациентов, получающих лечение нейролептиками до 1 года, сохраненный зубной ряд или адекватным протезированием. По результатам шкалы дискинезий (Шкала нейролептических осложнений Симпсона) средний балл уменьшился с 86,2 до 52,6. У пациентов с такими проявлениями ПД, как блефароспазм, гиперсаливация, цервикальная дистония, эффективность была наиболее высокой, а у части из них составила 43 балла, что соответствует полному отсутствию клинических проявлений. При оценке по шкале дистоний (Шкала экстрапирамидных побочных эффектов Симпсона–Ангуса) установлено достоверное клиническое улучшение состояния. Так, средний балл по данной шкале составил 16,2 балла до лечения и 9,6 балла после. Значительное уменьшение гиперсаливации и моргания, также умеренное снижение мышечного тонуса и дискинезий в мышцах шеи и нижней части лица повлияли на результативность данной шкалы.

**Выводы.** Введение ботулинического токсина типа А (Ксеомин) может быть использовано как самостоятельный безопасный и эффективный метод коррекции нейролептических осложнений. Применение данного метода позволяет продолжить прием нейролептиков.

## МОНИТОРИНГ И УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССОМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА БАЗЕ РАЗРАБОТКИ ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННО- УПРАВЛЯЮЩЕЙ СИСТЕМЫ

**Зенцова Н.И., Естегнеев А.С.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

В настоящее время исследователи единодушно признают невозможность добиться успехов в совершенствовании системы управления наркологической помощи без формирования единого информационного пространства для специалистов лечебно-профилактических учреждений наркологического и ненаркологического профиля и, частично, для населения, вовлеченного в проблему злоупотребления и зависимости от ПАВ. В этой связи актуально внедрение новых технологий управления наркологической помощью, в частности процессом психологической реабилитации наркозависимых.

По нашим наблюдениям, в современных условиях эффективное управление в различных организациях предполагает создание электронного документооборота и автоматизированной информационной системы сбора и обработки необходимых данных от специалистов различных учреждений и осуществления мониторинга, оперативного обмена информацией между всеми участниками системы. Централизованная схема сбора и обработки данных обеспечит органам управления и специалистам-психологам возможность гибкого управления системой психологической реабилитации, четкую организацию информационных потоков, оперативность и достоверность получаемых сведений.

Для внедрения такой автоматизированной информационной системы необходимо решить ряд организационных вопросов с разработкой и изданием соответствующих нормативных документов:

- определить организацию, которая будет обеспечивать сбор, накопление, хранение, обработку данных, то есть выполнять функции информационного центра;
- определить источники финансирования расходов на эксплуатацию системы;
- решить вопросы с организацией ведения и распространения необходимых справочников, классификаторов, методических и научных изданий;
- подготовить и издать приказ об организации сети электронного документооборота, включая криптозащиту персональных данных.

С учетом вышеизложенных предпосылок и требований нами была разработана информационно-аналитическая система «Еста- Реабилитация. Психологический блок», предназначенная для поддержки принятия решений руководителями и специалистами, участвующими в процессе психологической реабилитации наркозависимых. Предлагаемое решение – это web-портал, созданный на уровне ФГУ (департамента/управления) и во всех подведомственных учреждениях, с помощью которого обеспечивается решение вышеперечисленных задач в рамках концепции SaaS (Software as a Service).

Внедрение предлагаемой системы призвано существенно расширить возможность управления системой психологической реабилитации с помощью информационных технологий.

## ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ ПРИ ТЕРАПИИ ЛЮБОВНОЙ АДДИКЦИИ

**Зиятдинов Г.М.**

*Республиканская клиническая психиатрическая больница  
им. акад. В.М. Бехтерева МЗ Республики Татарстан,  
г. Казань*

Структура психических расстройств, с которыми приходится сталкиваться психотерапевту, крайне разнообразна и претерпевает постоянные изменения. Все большее место среди них занимают нехимические аддикции, в частности – любовная аддикция.

Трансактный анализ (ТА), разработанный в середине XX века, остается популярной теорией и практическим инструментом терапии и коррекции психических расстройств и привлекает практикующих специалистов развитием психоаналитической концепции по пути интеграции с идеями экзистенциально-гуманистического направления в психологии и психотерапии.

Терапия проводилась с пациентами, обратившимися за амбулаторной психотерапевтической помощью. Состав пациентов: 12 человек, из них женщин – 9, мужчин – 3, возраст от 29 до 43 лет. Запрос на психотерапию – зависимость от партнера.

Учитывая, что зависимость – «навязчивая потребность в использовании привычных стимулов, сопровождающаяся ростом толерантности и выраженными физиологическими и психологическими симптомами» (В.Д. Менделевич, 2002), а любовная аддикция – аддикция отношений с фиксацией на другом человеке, проявляющаяся в том, что аддикт уделяет непропорционально много времени и внимания человеку, на которого направлена аддикция, аддикт находится во власти переживания нереальных ожиданий в отношении другого человека, без критики к своему состоянию, любовный аддикт забывает себя, перестает заботиться о себе и думать о своих потребностях вне аддиктивных отношений (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000), выбор ТА применительно к терапии аддикций исходил из того, что основная цель этого психотерапевтическо-

го метода – актуализация «Взрослого» в человеке, реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, непродуктивных стереотипов поведения, формирование новой системы ценностей.

Терапия проводилась в виде индивидуальных сессий длительностью 45–50 минут, 1–2 раза в неделю, от 10 до 15 встреч. Терапия была направлена на осознание паттернов деструктивного поведения, освобождение от психологических игр, выработку ответственного поведения (контракт с самим собой).

По катamnестическим данным (2–3 года), только у 3 пациентов отмечался возврат к аддиктивному поведению, что может говорить о возможности рекомендовать ТА для психотерапевтической коррекции любовной аддикции.

### **ХИМИЧЕСКИЕ И НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ В СУИЦИДОЛОГИЧЕСКУЮ СЛУЖБУ**

**Зиганшин Ф.Г.<sup>1</sup>, Яхин К.К.<sup>2</sup>,  
Гурьянова Т.В.<sup>2</sup>, Калмыков Ю.А.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева МЗ Республики Татарстан,

<sup>2</sup>Казанский государственный медицинский университет, г. Казань

За последние десятилетия в России произошло существенное изменение причин обращений за психотерапевтической помощью. Исследования В.Д. Менделевича (2009) показали, что в структуре запросов на помощь зависимости вышли в лидеры (37%), значительно преобладая над невротическими расстройствами (21%) и реакциями адаптации (18%). Вероятно, одной из причин подобных перемен являются гедонистические тенденции в развитии современной цивилизации. Никогда прежде в истории человечества индустрия развлечений не занимала такого большого места в жизни людей. Среди различных вариантов зависимостей наиболее часто обращаются в связи с алкогольной (45%), наркотической (15%), пищевой (12%) и никотиновой (9%) зависимостями. В динамике частоты обращений отмечается быстрый рост наркотической, игровой, сексуальной и пищевой зависимости, а также зависимости от Интернета.

Проведено исследование частоты обращений, связанных с химическими и нехимическими зависимостями, в суицидологическую службу. В Республиканской клинической психиатрической больнице имени академика В.М. Бехтерева Минздрава Республики Татарстан суицидологическая служба, включающая кабинет социально-психологической помощи и круглосуточный «Телефон доверия», была организована в 1993 году вне стен психиатрической больницы на базе городской студенческой поликлиники. Задачами службы являются оказание специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, а также проведение профилактики суицидальных действий.

В 2011 году было зарегистрировано 12 212 обращений в службу, из них на очный прием – 3346 обращений, на «Телефон доверия» – 8866 обращений. Из общего числа обращений 1186 (10%) были связаны с химическими и нехимическими зависимостями, среди которых доминировали любовная (59%), алкогольная (30%), сексуальная (6%) и наркотическая (5%) зависимости. Для сравнения, в 2001 году с зависимостями было связано 1208 из 7862 обращений (15%), из них любовная зависимость составляла 40%, алкогольная – 27%, сексуальная – 19% и наркотическая – 14%. Таким образом, наиболее заметно увеличение частоты обращений по поводу любовной зависимости ( $p < 0,001$ ). Считаем важным отметить также увеличение среди любовных аддиктов несовершеннолетних, а также лиц с признаками высокого суицидального риска (в 2001 году – 12%, в 2011 году – 30%). Сотрудниками службы были разработаны и проведены психологические тренинги для старшекласников по проблемам любовных отношений.

Анализ результатов проведенного исследования позволил сотрудникам кафедры психиатрии и наркологии Казанского государственного медицинского университета внести следующие изменения в программы повышения квалификации специалистов: 1) для специалистов, работающих в суицидологической службе, увеличено количество аудиторных часов по дисциплине «Аддиктология»; 2) для специалистов, работающих в наркологических диспансерах, увеличено число занятий по дисциплине «Кризисная медико-психологическая помощь».

### **ПРОБЛЕМНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ КАК ЗОНА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**Зобин М.Л.**

*Медицинский центр по лечению алкогольной и наркотической зависимости, Москва*

Специальные исследования показали, что значительное число мужчин и женщин не подпадают под критерии алкогольной зависимости (с физическими симптомами), несмотря на регулярную алкоголизацию с негативными последствиями. Относительно больных с признаками физической зависимости эти проблемные потребители имеют более короткую историю алкоголизации, удовлетворительную социальную и экономическую стабильность и относительно сохраненные личностные ресурсы.

В связи с растущим признанием алкогольной зависимости хроническим рецидивирующим заболеванием возникают опасения, что медицинская модель, определяя привилегию биологического аспекта зависимости в ущерб психологическим и социальным характеристикам, обнаруживает скорее редуционистскую, чем интегративную направленность.

Эпидемиологические исследования показывают совершенно иную, значительно более пеструю и неоднородную картину, чем та, которую можно наблюдать в клинических исследованиях, проводимых на больных наркологических стационаров. Это расхождение в понимании того, что представляет собой алкогольная зависимость в клинической практике и в общей популяции, ограничивает нейробиологическую модель алкогольной зависимости рамками наиболее тяжелых форм ее проявлений.

Если границы вмешательства предполагается расширить для обеспечения помощью всех, кто в ней нуждается, то экстенсивность вмешательства приобретает большее значение, чем его интенсивность, и диагностическая дихотомия между зависимостью и употреблением с вредными последствиями не будет иметь определяющего клинического значения.

Спецификой российской наркологии является психопатологическая трактовка алкогольной зависимости. Возведение синдрома зависимости в ранг психотического расстройства отводит центральное место в лечении алкоголизма антипсихотикам и обесмысливает существующие программы реабилитации и психотерапии, основанные на осознанном овладении навыками противодействия зависимому поведению.

Использование концепции алкогольной зависимости как хронического рецидивирующего заболевания должно быть продуманным и предвидеть проблемы, связанные с неоправданно расширенным его применением. До сих пор остается неясным, служит ли концепция хронического рецидивирующего расстройства целям снижения стигматизации и облегчения доступа к терапии. Пока лишь есть доказательства того, что психопатологическая модель алкогольной зависимости приносит вред обратившимся за медицинской помощью, поскольку предполагает психофармакологическое лечение по сомнительным показаниям.

### АЛКОГОЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

**Зяблицев Д.В., Салмина-Хвостова О.И.**

*Новокузнецкий государственный институт  
усовершенствования врачей МЗ РФ, г. Новокузнецк*

**Актуальность:** сочетание алкоголизма с алкогольным поражением печени представляет важную проблему с учетом социальной значимости данных заболеваний. Согласно статистике, примерно 30–40% всех заболеваний приходится именно на алкогольное поражение печени.

**Цель нашего исследования:** оценить встречаемость алкогольного поражения печени у пациентов с алкоголизмом в зависимости

от количественной характеристики потребления алкоголя.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 50 пациентов, мужчин и женщин в возрасте от 35 до 65 лет с установленным диагнозом «зависимость от алкоголя» F10.2. Критерием для постановки диагноза (F10.2) являлось наличие не менее трех критериев (по МКБ-10): сильная потребность или необходимость принять алкоголь, нарушение способности контролировать прием алкоголя, физиологическое состояние отмены алкоголя, признаки роста толерантности, прогрессирующее снижение альтернативных интересов в пользу употребления алкоголя. Пациенты, включенные в исследование, проходили стационарное лечение в 2010–2012 годах, им проводилось комплексное обследование, лабораторные исследования специфических маркеров алкогольного поражения печени (АЛТ, АСТ, Общий билирубин, ЩФ, ГГТП, альбумин). Проводилась количественная оценка употребления алкоголя в пересчете на алкогольные порции (по данным ВОЗ, одна порция эквивалентна 150 г сухого вина, или 250 г пива, или 30 г 40% алкогольного напитка).

**Результаты.** При анализе 50 случаев заболевания было выявлено, что у 7 пациентов (14%) была установлена сочетанная форма заболевания: диагноз «зависимость от алкоголя» F10.2 с алкогольным поражением печени, шифр по МКБ-10 – K70. Во всех 7 случаях доза потребляемого алкоголя превышала безопасные значения более 21 порции для мужчин и 14 порций для женщин. Средний показатель составил 42 порции в неделю.

У оставшихся 43 пациентов (86%) был установлен диагноз «зависимость от алкоголя» F10.2 при отсутствии признаков алкогольного поражения печени, средний показатель составил 28 алкогольных порций в неделю.

Таким образом, алкогольное поражение печени у пациентов с алкоголизмом зависит от количественной характеристики потребления алкоголя, средняя частота встречаемости сопутствующего алкогольного поражения печени составила 14%, диагностирована у лиц со средним показателем потребления алкоголя 42 алкогольные порции в неделю.

### ШИЗОФРЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ): ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ

**Иванов М.В., Шипилин М.Ю.,  
Янушко М.Г., Ершов Б.Б.**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

По данным современных эпидемиологических исследований, больные шизофренией имеют зависимость от ПАВ в 6,4 раза чаще, чем в общей популяции.

**Задачи работы включали:** определение дифференциально-диагностических критериев для разграничения случаев параноидной шизофрении, сочетающихся с употреблением ПАВ амфетаминового ряда, от приступов этого заболевания при отсутствии такой зависимости, сравнительный анализ когнитивного функционирования больных с наличием указанной зависимости и больных шизофренией при отсутствии в анамнезе указаний на употребление ПАВ, разработку дифференцированной антипсихотической терапии у пациентов с коморбидной патологией в виде зависимости от ПАВ.

**Материал исследования.** Пациенты соответствовали диагнозам F10.5 и F20.01 (приступообразное течение) по МКБ-10. Были выделены две группы больных. Первая группа: 15 пациентов, у которых психотическое состояние развилось после длительного употребления ПАВ. Вторая группа: 28 больных без указания в анамнезе на употребление ПАВ. Изучение когнитивных нарушений у больных проводилось в состоянии формирующейся лекарственной ремиссии.

**Методы.** Длительность терапии 4 недели. Для оценки терапевтической эффективности исследовались клинические показатели с использованием их оценок по шкале PANSS. Для оценки когнитивного функционирования была применена батарея психологических методик: тест комплексной фигуры Рея (RCFT), тест вербальной беглости (VFT), тест вербального (слухоречевого) заучивания Рея (RAVLT), Висконсинский тест сортировки карточек (WCST).

**Результаты работы.** Установлены клинические особенности параноидной шизофрении в случае сочетания с употреблением ПАВ по сравнению с обострениями этого заболевания при отсутствии зависимости в виде преобладания в структуре приступов экзогенных расстройств и более быстрой редукции параноидной симптоматики. При обследовании когнитивных функций обнаружено, что у пациентов с коморбидной патологией были более выражены ограничение объема семантической памяти, нарушение вербальных ассоциативных процессов и ограничение объема слухоречевой и зрительной долговременной памяти. Наряду с тем нарушения конструктивных способностей, выявленные в обеих группах, значимого различия не обнаруживали. Было установлено, что препаратами первой линии для терапии больных шизофрений с наличием зависимости от ПАВ являются АБГ, в частности палиперидон.

Таким образом, полученные предварительные данные указывают на различия клинического протекания процессуальных расстройств при наличии/отсутствии зависимости от ПАВ и на более выраженные изменения мнестических функций в первой группе больных, а также выделяют возможности оптимизации психофармакотерапии этих случаев при купировании психотических обострений.

## ДИСТАНЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК ФОРМА ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТАРШЕКЛАСНИКОВ

Иванцов О.В.

Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва

Совершенствование современной системы отечественного образования в соответствии с принципами гуманизации и индивидуализации предполагает максимальный учет психологических особенностей учащихся и создание условий, способствующих своевременному и полноценному развитию всех сторон их личности. Однако результаты современных научных исследований свидетельствуют о возрастании количества детей и подростков с негативными психическими состояниями (Д.П. Дербенев, Е.Г. Зинчук, В.В. Ковалев и др.). Низкая школьная успеваемость и поведенческие девиации, включая алкоголизацию и наркотизацию (Дроздов А.З., Коган Б.М., 2008), отмечаются на фоне формирующихся негативных психических состояний у старшеклассников с исходными, predisposing к ним, индивидуально-типологическими свойствами личности, которые могут в дальнейшем стать психопатологической «почвой» для развития расстройств личности (Дмитриева Т.Б., 2000), зависимости от наркотических и психоактивных веществ, суицидального поведения. Не вызывает сомнения, что подросткам, демонстрирующим аддиктивное поведение, необходимо оказание своевременной и квалифицированной психологической помощи. Аддиктивное поведение зачастую является завуалированной просьбой о помощи и социальной поддержке, адресованной к взрослым. О том, что проблема профилактики и коррекции негативных психических состояний школьников становится важной общегосударственной проблемой, свидетельствует возрастающее число обращений подростков за дистанционной психологической помощью посредством «телефонов доверия» и сети Интернет. Зачастую подростки по каким-либо причинам избегают очного общения с психологом и не испытывают стеснения при общении с невидимым консультантом. В процессе анонимного общения с подростками средствами дистанционного консультирования, благодаря высокой эмоциональной насыщенности и открытости бесед, удается обнаружить потенциальные угрозы психическим состояниям школьников, которые часто остаются скрытыми от педагогов и психологов в школе.

Понимание и последующая коррекция наблюдаемых негативных психических состояний невозможна без понимания более глубоких механизмов их формирования, лежащих в основе того или иного направления дезадаптации. Анализ запросов подростков и их родителей показывает, что среди причин негативных состояний, приводящих к суицидам, употреблению алкоголя и наркотиков,

острым кризисам, существенное место занимают ситуации в школе, связанные с взаимоотношениями подростков со сверстниками и взрослыми. С другой стороны, весь спектр психических состояний, характерных для подростков, обратившихся на «телефон доверия», проявляется в процессе их учебной деятельности и влияет на показатели успеваемости и общую атмосферу в школьном коллективе. В связи с этим актуальным является усиление внимания к школе как образовательной среде, являющейся источником определенных психических состояний и обладающей мощным ресурсом для их профилактики и коррекции. Как правило, в условиях школы педагоги обращают внимание на две группы негативных психических состояний и, соответственно, на две основных группы дезадаптированных школьников, особенно подросткового возраста:

1. Старшие школьники, поведение которых проявляется обнаженным эгоцентризмом и склонностью к агрессивной манере самоутверждения вопреки интересам окружающих, вплоть до делинквентных поступков, явных агрессивных высказываний, действий;

2. Подростки, для которых характерны негативные психические состояния повышенной тревожности, мнительности, боязливости, склонности к навязчивым страхам, неуверенности, негативной самооценке.

И в том и в другом случае мы имеем дело со школьной дезадаптацией, однако развивающейся по разным, практически прямо противоположным, вариантам. Причины таких реакций следует искать прежде всего не в характере средовых воздействий, а в базовых индивидуально-типологических свойствах личности подростка, которым необходимо уделять внимание как на семейном уровне, так и на образовательном.

Правильно подобранная психологическая коррекция или психотерапия может способствовать усилению контроля над тревожностью, успешному овладению ситуацией. Напротив, неадекватные методы социального воздействия могут эту тревожность усилить, что затрудняет адаптацию личности к сложным условиям. То же касается и коррекционно-психотерапевтических подходов к агрессивному стилю реагирования, проявляющемуся в негативных психических состояниях враждебности и агрессивности.

## К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ СПОСОБА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

Игумнов С.А.<sup>1</sup>, Станько Э.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр  
психического здоровья, г. Минск

<sup>2</sup> Гродненский государственный медицинский университет,  
г. Гродно, Республика Беларусь

Злоупотребление опиатами, особенно их инъекционное употребление, связано с ухудше-

нием состояния здоровья наркопотребителей, риском развития инфекционных заболеваний, высокой смертностью и криминальной активностью, дезадаптацией. При оказании медико-социальной помощи потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) параметры социального функционирования, качества жизни, психического, соматического состояния, рискованного поведения ПИН могут быть критериями многомерной оценки терапевтического результата и должны составлять основу разрабатываемых способов оценки эффективности лечения и программы медико-социальной помощи ПИН с возможностью проведения мониторинга ее эффективности. Необходимость разработки способа многофакторной оценки изменений, наблюдаемых при лечении ПИН с различным ВИЧ-статусом, и определила цель настоящего исследования.

**Материал и методы.** Материал работы включает сведения о результатах лечения, длительности ремиссии на протяжении 12 месяцев, этапности ее становления и динамики у 277 ПИН с различным ВИЧ-статусом, из которых ВИЧ-негативные ПИН (ВНН) составили 154 пациента, ВИЧ-позитивные ПИН (ВПН) – 123 пациента. При этом 100 ПИН (50 ВИЧ-негативных и 50 ВИЧ-позитивных) получали амбулаторное лечение, 177 ПИН (104 ВИЧ-негативных и 73 ВИЧ-позитивных) находились на стационарном лечении. Заместительную метадонную терапию получали 50 ВНН на амбулаторном лечении и 91 ПИН (55 ВНН и 36 ВПН), находящийся на стационарном лечении. Исследование вида потребляемого наркотика показало, что 97,2% ПИН принимали кустарно приготовленный опий. Диагностика наркотической зависимости проводилась в соответствии с критериям МКБ-10. Основной метод исследования – клиничко-психопатологический, дополнительный – экспериментально-психологический. Статистический пакет SPSS использовался для анализа полученных результатов.

**Результаты.** Необходимость разработки способа оценки эффективности лечения ПИН обусловлена потребностью в инструменте, использование которого дает возможность получения оптимального объема диагностической информации за минимальный промежуток времени. Таким способом оценки эффективности лечения явилась разработанная нами карта аддиктивного поведения ПИН (КАПИН).

Изучение эффективности терапии 277 ПИН с различным ВИЧ-статусом на разных этапах заболевания и получающих различные терапевтические программы позволило выделить основные структурные компоненты КАПИН. КАПИН представляет собой клиническое структурированное интервью, состоящее из шести диагностических секций, по которым оценивается ряд показателей: секция А – общая информация, включающая: социально-демографические параметры; возраст начала потребления наркотика; активность потребления

наркотика в течение жизни и на момент обследования; оказанную ранее помощь, в том числе медицинскую; участие в программах заместительной терапии и обстоятельства выхода; проблемы вследствие приема наркотиков; попытки отказа от наркотиков; опыт лечения наркозависимости (наркологический анамнез); участие в программах реабилитации; мотивы отказа от наркологической помощи; скрининг потребления наркотиков; сопутствующие заболевания; ВИЧ-анамнез, опыт лечения ВИЧ; оценку тяжести иммунодефицита; мотивы прекращения лечения ВИЧ; схему медикаментозной терапии наркозависимости и ВИЧ-инфекции с указанием суточных доз; соблюдение врачебных рекомендаций в ходе лечения. Секция *Б* характеризует потребление ПАВ в течение последнего месяца: указать ПАВ с числом доз в день, способ и частоту потребления, среднюю длительность сформированной наркозависимости к моменту обследования и среднюю суточную дозу при инъекционном употреблении. Секция *В* – оценка поведенческих факторов риска при инъекционном потреблении наркотиков и половой активности ПИН за последний месяц. Секция *С* отражает особенности социального функционирования ПИН: социальные контакты, занятость и криминальную активность, стигматизацию, социальный статус и дискриминацию со стороны общества в течение последнего месяца. Секция *Д* – изучение психофизического здоровья ПИН: основные жалобы, психометрическая оценка физических и психических симптомов. Секция *Е* – динамический профиль аддиктивного поведения ПИН от первого визита к врачу и спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев. Состоит из 5 разделов: интенсивность наркотизации; состояние психофизического здоровья; социальное функционирование; оценка рискованного поведения; анализ противоправной активности. Многомерный анализ эффективности лечения ПИН с различным ВИЧ-статусом завершается указанием типа динамики, эффективности лечения и характера потребления наркотика. На основании полученных результатов определяется коэффициент ВБИ (К) по формуле:  $K = (DN^+ / DN^0 + DN^-) \times 100\%$ , где  $DN^+$  – положительная динамика, эффективное лечение, ремиссия;  $DN^0$  – отрицательная динамика, неэффективное лечение, постоянное употребление;  $DN^-$  – отсутствие динамики, неэффективное лечение, эпизодическое употребление.

**Заключение.** Возможность многомерной оценки КАПИН позволяет определять выраженность медико-социальных проблем ПИН; целенаправленно планировать лечебно-реабилитационные мероприятия; осуществлять сбалансированное медикаментозное и психосоциальное воздействие; проводить мониторинг эффективности медико-социальной помощи, сравнительный анализ результатов различных моделей лечения и реабилитации.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АГРЕССИИ И ГНЕВА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ И ВИЧ-НЕГАТИВНЫМ СТАТУСОМ

Илюк Р.Д.<sup>1</sup>, Громыко Д.И.<sup>1</sup>,  
Ильюшкина Е.В.<sup>2</sup>, Берно-Беллекур И.В.<sup>1</sup>,  
Ерофеева Н.А.<sup>1</sup>, Киселев А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,

<sup>2</sup> Межрайонный наркологический диспансер № 1, Санкт-Петербург

ВИЧ-позитивный статус и связанные с ним проблемы оказывают существенное влияние на психику и поведение наркопотребителей. С целью изучения показателей агрессии и гнева, а также аддиктивных, психопатологических, личностных и поведенческих характеристик у больных с опийной зависимостью с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусом обследованы 193 человека. В группу с диагнозом опиоидная зависимость (ОЗ) вошли 46 пациентов, средний возраст 23,8 года ( $SD=4,9$ ), в группу пациентов с диагнозом опиоидная зависимость, сочетанная с ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ), – 57 больных, средний возраст 26 лет ( $SD=4,3$ ). Все больные являлись потребителями инъекционных опиоидов. Контрольную группу (КГ) составили 90 здоровых социально адаптированных лиц, средний возраст 22,7 года ( $SD=5,09$ ). В работе использовались клинические и психологические методы исследования. При статистической обработке использован корреляционный (коэффициенты Пирсона) и дисперсионный анализ с апостериорными тестами по методу Бонферрони.

**Результаты исследования.** Установлено, что средняя длительность употребления опиоидов у ОЗ составила 70,2 ( $SD=14,45$ ), а у ОЗВИЧ – 80,6 ( $SD=20,09$ ) месяца. Средняя длительность ВИЧ-инфекции в группе ОЗВИЧ равнялась 49,7 ( $SD=9,30$ ) месяца. По данным опросника показателей и форм агрессии А. Баса и А. Дарки (BDHI), у пациентов с ОЗ и ОЗВИЧ по сравнению с КГ отмечаются более высокие показатели по шкалам «физическая агрессия», «вербальная агрессия», «раздражение», «чувство вины» и «индекс агрессивности» ( $p \leq 0,05$ ), при этом у пациентов группы ОЗВИЧ более высокие значения по показателям «обида», «чувство вины» и «индекс враждебности» по сравнению с ОЗ ( $p \leq 0,05$ ). Показатели «склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность», «экспрессия гнева вовне» по данным опросника состояния, характеристики и ориентации гнева Ч.Д. Спилбергера (STAXI) в группе ОЗВИЧ более выражены, чем в группе ОЗ и КГ ( $p \leq 0,05$ ). По данным шкалы для оценки депрессии Монтгомери–Асберга (MADRS), общий средний балл в группе ОЗВИЧ – 10,05 ( $SD=2,24$ ) выше, чем у ОЗ – 8,98 ( $SD=1,65$ ) ( $p \leq 0,05$ ), и в обеих группах он выше, чем в КГ – 2,27 ( $SD=1,82$ ) ( $p \leq 0,05$ ). Значения



субшкал «внутреннее напряжение», «снижение аппетита», «апатия», «утрата способности чувствовать» и «общий балл» больше выражены у ОЗВИЧ, чем у ОЗ ( $p \leq 0,05$ ). Средние показатели депрессии по шкале В. Зунга (ZSDS) у ОЗ составляют 58,33 ( $SD=6,39$ ) баллов, у ОЗВИЧ – 60,54 ( $SD=7,39$ ), что выше, чем в КГ – 32,00 ( $SD=9,27$ ),  $p \leq 0,05$  в обоих случаях. Уровень выраженности психопатологических жалоб по шкале SCL-90-R у больных с ОЗВИЧ по сравнению с ОЗ и КГ выше по шкалам «соматизация», «депрессия», «тревожность», «психотизм», «общая сумма баллов», «общий индекс тяжести», «общее число утвердительных ответов» ( $p \leq 0,05$ ). По результатам опросника для изучения копинг-стратегий (WCQ) установлено, что опиоидзависимые чаще, чем КГ, прибегают в стрессовых ситуациях к копинг-стратегиям: «дистанцирование», «самоконтроль», «бегство-избегание», и реже реализуют «планирование решения проблемы» и «положительную переоценку» ( $p \leq 0,05$ ). В ходе сравнения показателей шкал 16-факторного опросника Кеттелла (16-PF-C) выявлено, что в группе ОЗВИЧ по факторам В (интеллект), С (эмоциональная устойчивость – неустойчивость) и Q3 (низкий – высокий самоконтроль) более низкие показатели, чем у ОЗ и КГ ( $p \leq 0,05$ ). Согласно данным теста смысловых ориентаций (PIL) в адаптации Д.А. Леонтьева (PIL), в группе ОЗВИЧ ниже, чем у ОЗ, показатели: «цель в жизни», «процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни», «локус контроля – жизнь» ( $p \leq 0,05$ ). Вместе с тем данные параметры статистически значимо ниже в исследуемых группах по сравнению КГ ( $p \leq 0,05$ ). Результаты, полученные с помощью модифицированной шкалы стигматизации больных наркоманией и ВИЧ (Link), выявляют у ОЗ и ОЗВИЧ более высокую степень стигматизации по статусу «ВИЧ-инфицированный» и «наркопотребитель», чем в группе КГ ( $p \leq 0,05$ ). При этом показатель стигматизации у ОЗВИЧ выше по ВИЧ-статусу в сравнении с ОЗ ( $p \leq 0,05$ ).

Выраженность и формы агрессии у больных с ОЗВИЧ зависят от состояния и ориентации гнева, личностных особенностей, актуального психопатологического и аддиктивного статуса. На показатели агрессивности и гнева опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом влияют характер совладающего поведения и их смысловые ориентации.

### КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ВИДОВ ЗАВИСИМОСТЕЙ СРЕДИ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

Калин Н.И., Наумова А.А.

*РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург*

В настоящее время наиболее актуальными остаются вопросы, связанные с системным анализом ранних признаков нарушений процессов адаптации, в частности – различных вариантов зависимого поведения.

В рамках этой проблемы нами было проведено клиничко-психологическое обследование учащихся общеобразовательных школ г. Санкт-Петербурга в возрасте от 12 до 16 лет (всего 251 подросток, из них 115 мальчиков и 136 девочек). С помощью специально разработанной анкеты были собраны сведения, касающиеся особенностей системы отношений подростков (в том числе к алкоголю, наркотикам и пользованию компьютером), и определены признаки, на основании которых удалось выделить группы подростков с наиболее часто встречающимися формами зависимостей (компьютерной, алкогольной и наркотической).

В результате группу потенциального риска формирования компьютерной зависимости составили 36,2% подростков, которые засиживались за компьютером ежедневно более 3 часов, что, безусловно, сказывалось на их здоровье, успехах в школе и взаимоотношениях с окружающими. Кроме того, больше половины из них проводили за компьютером не менее 4 часов и треть – не менее 5 часов, а 15% сознались в том, что компьютер отнимает у них 6 и более часов в день. Что касается донологических признаков так называемых химических форм зависимостей, то среди обследованных подростков 50% сообщили об имеющемся опыте употребления пива и других слабоалкогольных напитков. При этом из всех опрошенных нами подростков 38,9% употребляют слабоалкогольные напитки редко, 9% – довольно регулярно, а 2,1% опрошенных утверждали, что могут употреблять слабоалкогольные напитки каждый день. На фоне этого в зону повышенного риска наркотизации вошли 22,8% обследованных, которые сообщили, что в компании или им лично друзья или знакомые предлагали попробовать наркотик, а 4,2% опрошенных сознались в том, что уже пробовали наркотическое средство.

Таким образом, по результатам проведенного клиничко-психологического анализа были выделены группы подростков со склонностью к формированию как химических, так и нехимических форм зависимостей. При этом в зоне повышенного риска находятся от 22,8% до 50% современных подростков, а признаки донологических форм нарушений адаптации, связанных с зависимым поведением, отмечаются в зависимости от формы в 2,1–6,3% случаев.

### ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ФАГОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПЕРИОД ОТМЕНЫ НАРКОТИКА

Каримова Р., Панченко Л.Ф., Давыдов Б.В.

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН, Москва*

Фагоцитарная активность сегментоядерных нейтрофилов и микробицидные системы, обеспечивающие завершенность фагоцитарной реакции,

играют важную роль в развитии процессов воспаления, поддержания и регуляции врожденной иммунной системы.

Обследованы 100 больных героиновой наркоманией, средний возраст которых составил  $36,1 \pm 1,4$  года, с длительностью заболевания от 3 до 10 лет, на 1-е, 3-и, 5-е, 7-е и 9-е сутки абстинентного синдрома. Для сравнения взяты показатели 30 здоровых людей из числа доноров. Изучали фагоцитарную активность сегментоядерных нейтрофилов крови по стадиям фагоцитарного процесса: аттракции, поглощения, переваривания, лизиса микробов и завершенности фагоцитоза. В качестве объекта фагоцитоза использовали непатогенный штамм кишечной палочки *E. Coli* в концентрации 1 млрд клеток/мл, с длительностью фагоцитарного процесса 30 мин при 37 °С. Рассчитывали следующие показатели: фагоцитарный показатель (ФП) – процент нейтрофилов, участвующих в одной из стадий фагоцитоза, из 100 сосчитанных нейтрофилов. Фагоцитарное число (ФЧ) – число бактериальных клеток, поглощенных одним нейтрофилом. Завершенность фагоцитоза (ЗФ) – количество нейтрофилов, имеющих разрозненные, полисегментированные ядра, вакуолизированную цитоплазму и отсутствие четкого контура. Также определяли последовательность регенеративного процесса клеточных элементов нейтрофила после завершенного фагоцитоза, которая, по нашему мнению, протекает в 3 фазы: I – очищение цитоплазмы; II – соединение разрозненных ядерных фрагментов; III – появление зернистости и четкого очертания мембраны. Суммарный эффект восстановления (СЭВ) рассчитывали по сумме показателей (в процентах) клеточной реструктуризации, нарушенной в процессе секреторной дегрануляции. Кроме того, определяли относительный показатель агрегации лейкоцитов (ПАЛ) от 100 сосчитанных.

Количественная оценка динамики фагоцитарной реакции нейтрофилов свидетельствует об ускоренном выходе фагоцитов в стадию завершенного фагоцитоза у больных героиновой наркоманией. На 1-е сутки абстинентного синдрома в мазках крови обнаружено большое количество нейтрофилов с морфоструктурными изменениями, характерными для завершенного фагоцитоза (67%) и процесса регенерации (30,5%). Вместе с тем замечен небольшой процент нейтрофилов (2–3%), зафиксированных в поздних стадиях фагоцитоза (переваривания и лизиса) при небольшом числе поглощенных микробов относительно контроля ( $p < 0,05$ ). В последующие сутки показатели ЗФ приближались к фоновому уровню, а изменения СЭВ были выше физиологических значений: в 1-е сутки – на 75%, на 3–9-е сутки – в 2–3 раза. Следует отметить, что активность II и III (заклочительных) фаз регенеративных изменений фагоцитов наиболее выражены на 3–5-е сутки абстинентного синдрома. В эти же сроки замечено увеличение способности лейкоцитов к агрегации (ПАЛ) до 4–9%, что может свидетельствовать о снижении внутриклеточных компенсаторно-адаптационных резервов нейтро-

филов. Дисфункция фагоцитоза, проявляющаяся в увеличении активности завершенности фагоцитоза при сниженной поглотительной функции нейтрофилов, указывает на подавление защитных систем врожденного иммунитета и вероятность повышения риска возникновения инфекционных и воспалительных осложнений в период отмены наркотика у наркозависимых больных.

## ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПИВНОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВО-МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Карпова Н.В.

*Ишимский государственный педагогический институт  
им. П.П. Еришова, г. Ишим*

**Актуальность:** проблема зависимости от пива в России стоит очень остро, об этом говорит и главный санитарный врач Г. Онищенко. Исследования, проведенные во многих странах, свидетельствуют о том, что хронический алкоголизм развивается в 3–4 раза быстрее от употребления пива, чем от крепких алкогольных напитков. В этой связи большое внимание практических психологов уделяется проблеме профилактики пивного алкогольного поведения.

**Цель:** профилактика пивного алкогольного поведения в подростково-молодежной среде.

**Методы:** анализ литературы, психолого-педагогический эксперимент, качественный и количественный анализ данных, специально подобранный диагностический инструментарий.

**Целевая группа:** учащиеся 7–10 классов общеобразовательных школ.

**Сроки реализации:** два учебных года.

**Этапы реализации.** Диагностический этап предполагает выявление уровня сформированности пивного алкогольного поведения у подростков и юношей. Основной этап предполагает осуществление непосредственной реализации мероприятий по профилактике, которые включают в себя тренинговые программы, направленные на профилактику пивного алкогольного поведения: выработку адаптивных жизненных навыков, развитие стратегии избегания и разрешения проблем, совершенствование коммуникативной компетенции, развитие эмоциональной и когнитивной сфер (умения понимать и выражать свои чувства), развитие навыков эмпатии, аффилиации и социальной компетентности, выборку адекватных копинг-стратегий, формирование ценности здорового образа жизни, привлечение к альтернативным видам активности. Вся работа проводится с опорой на современные концептуальные модели профилактической работы (информативная модель, модель формирования поведенческих навыков, препятствующих возникновению зависимостей).

Заклочительный этап предполагает проведение итоговой диагностики, анализ полученных ре-

зультатов исследования, что позволит определить эффективность программы и ее модернизацию с учетом полученных данных.

**Результаты.** Предполагаем, что реализация всех мероприятий будет способствовать предупреждению возникновения пивного алкогольного поведения и всестороннему укреплению здоровья подростков и юношей.

## ДЕСТРУКТИВНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ: ОПЫТ СИСТЕМНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Катков А.Л.**

*Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар, Казахстан*

Под социальными эпидемиями понимаются процессы вовлечения населения в химическую зависимость (алкоголизм, наркомании, токсикомании), психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские организации, игромании, компьютерная зависимость и др.), а также адаптационные расстройства с признаками синдрома деморализации (по Дж. Фанку) – как зона наиболее вероятного риска вовлечения в химическую либо деструктивную психологическую зависимость.

Социальные эпидемии обнаруживают тенденции к неконтролируемому распространению, прямой и косвенной взаимозависимости. Прямое деструктивное воздействие социальных эпидемий затрагивает существенную часть общества (до 30% населения), а косвенное психотравмирующее воздействие – общество в целом.

В период 2001–2011 годов нами проводилось системное исследование проблемы деструктивных социальных эпидемий. В ходе реализации данного многолетнего проекта были идентифицированы универсальные факторы риска вовлечения в социальные эпидемии всех типов, представленные зависимыми переменными (т. е. такие характеристики, на которые можно воздействовать в краткосрочной и среднесрочной перспективах). Исследованы универсальные механизмы вовлечения в деструктивные социальные эпидемии и алгоритмы формирования высоких уровней устойчивости. Далее был проведен системный анализ доктринального и институционального дефицита в сфере социального противодействия рассматриваемым деструктивным процессам. На основании полученных данных были разработаны: метаконцепция социальных эпидемий; обновленная доктрина; стратегии и технологии социального противодействия, обеспечивающие надежное блокирование и обратное развитие процесса распространения деструктивных социальных эпидемий. В частности, разработаны и активно внедряются программы компьютерной диагностики рисков вовлечения в социальные эпидемии, способы эффективной коррекции соответствующих рисков в образовательных учреждениях, формы ме-

дико-социальной реабилитации лиц с химической и деструктивной психологической зависимостями. Проводятся многоуровневый мониторинг эпидемиологической ситуации и оценка эффективности противодействующих усилий.

Первые результаты, отслеженные в сфере распространения эпидемий химической зависимости, свидетельствуют об эффективности обновленного доктринального подхода.

## ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОБЫТИЙ ПРОШЛОГО У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

**Катрасева Л.П.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ, Москва*

Работа с автобиографической памятью и событиями прошлого подразумевается в большинстве существующих школ психотерапии. Состояние личности влияет на изменение характера автобиографических воспоминаний. Важно и обратное замечание: изменение автобиографических воспоминаний и их оценка оказывают влияние на изменения личности, однако целенаправленных и систематических исследований по данной проблеме до недавнего времени не проводилось. Цель исследования: анализ оценки событий прошлого больными с синдромом зависимости. Выборка испытуемых – 54 человека (мужчины) с синдромом зависимости от алкоголя, выборка здоровых людей – 30 человек (мужчины). Для оценки событий прошлого были использованы проективные методики: вариант теста Сакса–Леви «Незаконченные предложения»; методика «Какой я в прошлом и настоящем»; модифицированная методика «Оценка значимых событий прошлого»; «Психологическая автобиография» и «События моей жизни», автор Г.С. Никифоров.

Результаты исследования показали, что у пациентов с зависимостью от алкоголя снижено общее количество значимых событий прошлого по сравнению со здоровыми людьми. Большинство событий своей жизни пациенты не посчитали значимыми, не запомнили их, не осознали. Все события, указанные пациентами, содержат еще и меньший процент позитивных событий по сравнению со здоровыми людьми. А среди позитивных почти не указываются события, связанные с личными достижениями. По всей вероятности, идет игнорирование этих событий. Возможно, данные достижения не были признаны или были обесценены окружающим социумом, близкими и поэтому прошли незамеченными в качестве значимых событий. Выявлены качественные отличия набора отрицательных событий: у здоровых испытуемых отрицательные события часто связаны с осознанием и переживанием отрицательных чувств по поводу нарушения морально-этических норм (подвел класс, соврал маме, предал друга); у зависимых от

алкоголя – события часто связаны с перечислением наказаний за проступки, от малых до крупных антисоциальных нарушений (выгнали из школы за плохое поведение, наказали за драку, осудили за кражу). Одинаковыми негативными событиями, указанными всеми, являются факты эмоциональной депривации и смерть (болезнь) близких людей. Данные, которые были получены в работе, могут быть использованы в дальнейшем при построении психотерапевтических программ.

## **ВЛИЯНИЕ МАРИНОБУФАГЕНИНА НА ВНУТРИВЕННОЕ САМОВВЕДЕНИЕ НИКОТИНА У МЫШЕЙ**

**Кашкин В.А., Шекунова Е.В.**

*Институт фармакологии им. А.В. Вальдмана,  
Санкт-Петербургского государственного медицинского  
университета им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург*

В данной работе приведены результаты экспериментов по оценке влияния маринобуфагенина (МБГ) на первично-подкрепляющие эффекты никотина на модели поддержания внутривенного самовведения (РВС) у мышей.

Ранее было показано, что эндогенный дигиталисоподобный фактор МБГ уменьшает первично-подкрепляющий эффект этанола. Задачей данной работы было выяснить, является ли этот эффект МБГ в отношении первично-подкрепляющих свойств этанола специфичным и избирательным. Были выполнены опыты, в которых оценивали влияние МБГ на РВС другого распространенного аддиктивного вещества – никотина, принадлежащего к другому фармакологическому классу стимуляторов ЦНС. В первой сессии (инициация) отмечали выработку РВС никотина при первом контакте с этим психоактивным веществом, тогда как вторая сессия (поддержание) позволяла выявить, действительно ли начальная инициация РВС отражает первично-подкрепляющий эффект никотина. При сохранении (возможно, и при дальнейшем росте) положительных критериев (R- и дельта-критериев) РВС можно было полагать, что навык самовведения вещества закреплен.

При в/в самовведении никотина в разовой дозе 0,32 мкг/инф достоверно возрастал R-критерий. Во время второй сессии первично-подкрепляющие свойства никотина проявлялись в еще большей степени. Отмечалось достоверное увеличение R- ( $F(3,47)=3,809$ ;  $p=0,016$ ) и дельта-критерия ( $F(3,47)=3,801$ ;  $p=0,016$ ). При предварительном в/б введении МБГ (2,5 мкг/кг) не изменял показатели РВС растворителя, а также РВС никотина в разовых дозах 0,16 и 0,48 мкг/инф. Параметрический двухфакторный (ANOVA) анализ показал достоверное влияние МБГ на поддержание РВС никотина в предпочитаемой разовой дозе (0,32 мкг/инф) ( $F(1,95)=5,21$ ;  $p=0,025$ ).

Как следует из проведенных экспериментов, снижение активности Na/K-АТФазы влияет на

«награждающие» свойства не только этанола (депрессанта ЦНС), но и никотина (психостимулянта). Следует полагать, что уменьшение активности натриевого насоса в структурах мозговой системы «награды» таким образом изменяет их функцию, что дискретные «оптимальные» дозы аддиктивных веществ этанола и никотина, вводимые внутривенно, на фоне премедикации МБГ не вызывают мотивационно-поведенческие эффекты в степени, достаточной для выработки и закрепления оперантной реакции поиска и самовведения этих аддиктивных веществ.

## **БИОФИЗИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Кершенголец Е.Б., Кершенголец Б.М.**

*Институт биологических проблем криолитозоны СО РАН,  
г. Якутск*

Теоретической основой использования биофизических методов в лечении аддиктивных заболеваний и расстройств является модель, рассматривающая, в качестве одного из первичных патогенетических механизмов, перестройки межнейронных взаимодействий в определенных участках мозга, приводящие к формированию нейронных кластеров с существенно упрощенной пространственной структурой, но обладающих более высокой устойчивостью, благодаря более высоким трансмембранным синаптическим потенциалам. Данная модель позволяет рассматривать в качестве эффективного направления в создании новых методов лечения аддикций биофизические методы, основанные на биорезонансе как универсальном принципе в лечении и реабилитации больных зависимостями. Одним из методов, основанным на этом принципе, является биофизическая, нейрофизиологическая технология ЭМАТ в сочетании с психотерапевтическими методиками, направленная на восстановление первичных структурно-функциональных свойств нейронных кластеров, перестройки которых и явились патогенетическим механизмом формирования аддикции.

Работы по апробации использования технологии ЭМАТ в аддиктологии проводились на базе ЯРНД Минздрава РС (Я) на основании решения № 14 Коллегии № 4 Минздрава РС (Я) от 02.08.2002 и Договора № 17 о научно-техническом безвозмездном сотрудничестве между ЯРНД и ИБПК СО РАН от 01.07.2005. Всего с июля 2005 по март 2011 года пролечено 1675 наркологических больных, в том числе со сроком ремиссии более 24 месяцев (т. е. с июля 2005 по март 2009 г.) – 1241 человек. Эффективность составила, в зависимости от природы химической или физической аддикции, от 92% до 57%, в зависимости от стадии алкоголизма – от 93–89% при I и II стадиях до 48–42% при III стадии.

Была также проведена апробация применения технологии ЭМАТ с использованием методов психотерапии при коррекции психосоматических посттравматических стрессовых расстройств, фобий, невротозов на базе анонимного кабинета ЯРНД при ИБПК СО РАН и в Центре оказания психологической помощи «Антифобия» (г. Москва). Всего с сентября 2006 по март 2011 года пролечено 817 пациентов, в том числе со сроком ремиссии более 24 месяцев (т. е. с сентября 2006 по март 2009 г.) – 409 человек. Эффективность составила 90–92%.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАЗВИТИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Кибитов А.О.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

**Цель исследования:** выявить и валидировать генетические маркеры – полиморфные варианты генов дофаминергической (ДА) нейромедиаторной системы, достоверно связанные с клиническими вариантами траектории развития наиболее частых болезней зависимости от ПАВ (алкоголизм и опийная (героиновая) наркомания).

**Группы пациентов:** стационарные пациенты клиники ФГБУ ННЦ наркологии, мужского пола, этнические русские, не родственные между собой: F10.2 (n = 548), F11.2 (n=253) и контроль (n=259). На каждого пациента лечащий врач заполнял специально разработанную анкету (Кибитов А.О., 2004), включающую данные о семейной отягощенности по наркологическим и психическим заболеваниям, данные анамнеза, данные о начале, развитии и течении заболевания, о количестве амбулаторных обращений и госпитализаций, длительности терапевтических ремиссий и уровне первичной эйфории при начале приема ПАВ. Проводили генотипирование образцов ДНК пациентов по 10 полиморфным локусам шести ключевых генов ДА системы: дофаминовые рецепторы типа 2 (DRD2) и типа 4 (DRD4), ферменты тирозингидроксилаза (ТН), дофамин-бета-гидроксилаза (DBH), катехол-орто-метил-трансфераза (COMT) и белок – трансмембранный синаптический переносчик ДА (DAT).

**Алкоголизм.** Выявлены генетические маркеры: раннего возраста знакомства с алкоголем (ТН); возраста начала систематического злоупотребления (DAT и DBH); длительности периода систематического злоупотребления (протективные маркеры: DRD4 и DBH, маркеры быстрого развития злоупотребления: DRD4 и ТН). Выявлены маркеры быстрой (DRD4 и ТН) и медленной (DBH) скорости развития ААС с момента знакомства с алкоголем; короткой (DRD2, DRD4, DAT и ТН) и длительной (COMT и ТН) терапевтической ремиссии; высокой (DRD4, DAT, COMT) и низкой (ТН) терапевтической резис-

тентности. Выраженная реакция на первые приемы алкоголя связана с вариантами полиморфизма по генам ТН, DRD4 и DAT.

**Опийная (героиновая) наркомания.** Выявлена слабая связь А1 аллеля гена DRD2 с ранним возрастом знакомства с наркотиком. Выявлены генетические маркеры: раннего начала систематического злоупотребления (гены DRD2, DAT и ТН) и «протективный» маркер (ген DRD4); раннего возраста формирования ОАС (DRD2, DRD4 и DAT), короткого периода поиска наркотика (гены DRD2 и DAT и протективный-ТН), высокой (ген DAT) и низкой (гены COMT и ТН) терапевтической резистентности больных.

Таким образом, выявлены специфические варианты генопрофиля ДА нейромедиаторной системы, связанные с элементами клинического фенотипа болезней зависимости от ПАВ, которые могут использоваться в качестве генетических маркеров прогноза наиболее вероятных вариантов развития и течения болезней зависимости от ПАВ.

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Кирилловых В.Г., Прищепа С.И.,  
Мельничук А.Н., Крюкова О.Н.,  
Чинакаева К.А., Калинин Е.А., Крысова С.В.**

*Кировский областной наркологический диспансер,  
г. Киров*

Кировская область входит в число регионов с высоким уровнем алкоголизации населения.

Реабилитационная помощь в Кировском областном наркологическом диспансере оказывается с 21.04.2010 года, когда был создан реабилитационный блок, 15.12.2010 года открыто отделение медико-социальной реабилитации на 34 койки.

В диспансере сформировано единое понимание реабилитационного процесса, создана психологическая лаборатория, подготовлены в едином теоретическом ключе специалисты.

Сформированы 3 этапа реабилитации: пред-реабилитационный этап в отделении неотложных наркологических состояний; этап стационарной реабилитации; этап амбулаторной реабилитации.

**Предреабилитационный этап.** С пациентом устанавливается психотерапевтический контакт, заключается контракт на продолжение лечения в реабилитационном отделении, формируется мотивация к участию в патогенетическом лечении.

**Этап стационарной реабилитации.** В отделении реабилитации пациент погружается в лечебно-реабилитационную среду. Групповая работа проводится специалистами в группах: осознания и принятия своей болезни и жизни с болезнью; осознания и принятия роли своей личности в болезни. Проводятся большая группа, тренинговые занятия,

«Дневник чувств», «Итоги недели». Проводится индивидуальное и семейное консультирование. Пациентам, мотивированным на изменения на личностном уровне, разрабатывается индивидуальная психотерапевтическая программа. Организованы мероприятия для персонала – психообразовательные программы, бригадные взаимодействия, клинические разборы, teambuilding.

**Этап амбулаторной реабилитации.** Продолжается индивидуальная психотерапия на основании индивидуальной психотерапевтической программы. Групповые занятия с пациентами проводятся 3 раза в неделю в вечернее время (дискуссионно-поддерживающая группа, группа осознания и принятия роли своей личности в болезни, собрания сообщества реабилитантов). 1 раз в неделю проводится группа для родственников пациентов. Семейная психотерапия – по показаниям.

**Перспективы реабилитации в регионе.** В области организуется трехуровневая система оказания наркологической помощи: областной наркологический диспансер, межрайонный наркологический центр, психиатр-нарколог центральной районной больницы. К 2013 году будет организован мотивационный этап реабилитации на базе межрайонных центров, с продолжением реабилитации в КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» в полном объеме. Таким образом, реабилитационная помощь при сохранении ее качества станет доступной всем жителям региона.

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ

Кислов А.И., Волкова Е.В.

ГБОУ ДПО ПИУВ МЗСР, г. Пенза

Российская Федерация относится к странам с очень высокой распространенностью потребления табачных изделий. Необходимо отметить высокую распространенность курения среди врачей в возрастной группе 25–64 лет: 51,3% у мужчин и 27,3% у женщин.

Были обследованы 265 врачей (195 женщин и 70 мужчин). Все врачи были включены в исследование методом сплошной выборки и разделены на две группы. В 1-ю группу входили женщины, средний возраст 36,96 года; во 2-ю группу – мужчины, средний возраст 41,51 года.

Табачная зависимость была диагностирована у 23 врачей (11,8%) (F17.2) по МКБ-10 в 1-й группе и 27 врачей (38,6%) во 2-й группе ( $p < 0,01$ ). Как в 1-й группе (15 врачей – 7,7%), так и во 2-й группе (17 врачей – 24,3%) среди врачей с табачной зависимостью преобладали специалисты хирургического профиля ( $p < 0,01$ ). Средний возраст систематического курения у курящих врачей 1-й группы составил 22,07 года, а у курящих врачей 2-й группы – 20,16 года. Толерантность к табаку (количество выкуриваемых сигарет до 30 в день) выше у мужчин (12вра-

чей – 17,1%), чем у женщин (2 врача – 1,03%), ( $p < 0,01$ ). Для обеих групп характерен периодический тип течения табачной зависимости.

Тягу к курению осознали врачи 1-й группы в среднем в 24,42 года, во 2-й группе – в 23,68 года. Во 2-й группе (у 14 врачей – 20%) преобладал идеаторный компонент влечения к табаку по сравнению с 1-й группой (14 врачей – 7,2%) ( $p < 0,01$ ). Психический компонент патологического влечения к табаку преобладал также у врачей 2-й группы (7 врачей – 10%) по сравнению с 1-й группой (7 врачей – 3,6%) ( $p < 0,05$ ). Сенсорный компонент, который проявлялся ощущением вкуса и запаха табачного дыма, и являющийся самым клинически тяжелым из всех других компонентов, преобладал во 2-й группе (6 врачей – 8,6%) по сравнению с 1-й группой (1 врач – 0,5%) ( $p < 0,01$ ).

Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натошак 4 врача (2,1%) 1-й группы и 19 врачей (27,1%) 2-й группы ( $p < 0,01$ ). Табачный абстинентный синдром у мужчин характеризовался раздражительностью (10 врачей – 14,3%), непреодолимым желанием курить (10 врачей – 14,3%), повышенным аппетитом (3 врача – 4,3%), у женщин раздражительность в табачном абстинентном синдроме была у 5 врачей (2,7%), непреодолимое желание курить у 6 врачей (3,1%), повышенный аппетит у 6 врачей (3,1%) ( $p < 0,01$ ).

## ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ИМИПРАМИНУ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ТИАНЕПТИНОМ

Козловский В.Л.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург

Проведение эффективной терапии антидепрессантами во многом ограничено развитием резистентности. Исследование механизмов формирования этого феномена и профилактика его развития будут способствовать оптимизации лечения больных.

Согласно классификации, группа препаратов, обладающих антидепрессивной активностью, относится к средствам непрямого моноаминопозитивного действия. В известной мере подобный механизм имеют также средства, известные своей психостимулирующей активностью, из группы «стимулянтов», обладающие выраженным аддиктивным потенциалом. Поэтому можно предположить, что механизмы формирования резистентности при проведении терапии антидепрессантами, возможно, обусловлены развитием толерантности к отдельным эффектам препаратов этой группы.

В связи со сказанным, целью настоящей работы стало исследование развития толерантности к двигательным и «антидепрессивным» эффектам

имипрамина, а также изучение влияния тианептина на активность имипрамина у мышей. Как известно, тианептин обладает антидепрессивным действием, но инициальный нейрохимический механизм его активности антагонистичен действию остальных трициклических производных. Поэтому в случае развития толерантности к исследуемым эффектам имипрамина в качестве потенциального корректора мог бы выступить тианептин.

Работа выполнена на более чем 200 мышасамцах SHR из питомника Рапполово. Оценка двигательного поведения мышей проводили в стандартной методике «открытое поле» (ОП), а оценку антидепрессивной активности изучали в тесте «подвешивание за хвост» (ПХ). Полученные данные обрабатывали методами непараметрической статистики.

Результаты выполненного исследования показали, что тианептин при острых введениях, в отличие от имипрамина, либо не влияет, либо вызывает противоположные имипрамину эффекты. Для имипрамина отмечено зависимое от дозы «антидепрессивное» действие в тесте ПХ, но не ОП. Двухнедельное введение имипрамина значимо не сопровождалось снижением его эффектов по сравнению с началом введения и не влекло за собой при окончании инъекций «симптомов лишения». Введение тианептина в ближайшем периоде «отмены имипрамина» значимо не сказывалось на поведении мышей в ОП, но было отмечено в тесте ПХ.

Полученные результаты свидетельствуют о перспективах применения тианептина для преодоления лекарственной резистентности при лечении трициклическими антидепрессантами.

#### АНТИАДДИКТИВНЫЕ СВОЙСТВА НЕБЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫХ АНКСИОЛИТИКОВ

**Колик Л.Г., Надорова А.В.**

*НИИ фармакологии им. В.В. Закусова РАМН, Москва*

Неуклонный рост интенсивности и продолжительности негативных воздействий на людей ведет к развитию отрицательных психоэмоциональных реакций. Попытки преодоления тревоги с помощью алкоголя способствуют увеличению алкоголизации и числа зависимых лиц, поэтому остается актуальным поиск новых фармакологических мишеней, направленных одновременно на механизмы формирования стрессовых реакций и алкогольной зависимости. В настоящее время все большее внимание привлекают стратегии, основанные на контроле функционирования нейропептидергических систем.

Исследовали гептапептидный аналог тафтсина селанка и дипептидный аналог тетрапептида холецистокинина, соединение ГБ-115, в экспериментальных моделях алкоголизма. При оценке влияния селанка и ГБ-115 на острые эффекты этанола установлено, что, в отличие от бензодиазепиновых

транквилизаторов, синтезированные аналоги эндогенных регуляторных пептидов не потенцируют наркотическое действие этанола. В условиях принудительной 5-месячной алкоголизации у крыс с выраженным предпочтением этанола селанк в анксиолитической дозе 300 мкг/кг, в/б, при однократном введении препятствовал развитию анксиогенеза, индуцированного отменой этанола, и восстанавливал сниженные пороги тактильной чувствительности. У животных, потреблявших алкоголь в течение 12 месяцев в условиях свободного выбора между 15% раствором этанола и водой, соединение ГБ-115 в анксиолитической дозе 25 мкг/кг/день, в/б, при 14-дневном введении снижало алкогольную мотивацию. Через 48 часов после отмены этанола соединение ГБ-115 в анксиолитических дозах при однократном введении подавляло патологическое влечение к алкоголю по показателю алкоголь-депривационного эффекта и купировало тревожную реакцию в тесте «приподнятый крестообразный лабиринт». Предполагается вовлеченность эндогенной опиоидной и центральной холецистокининовой систем в механизм реализации антиаддиктивной активности селанка и соединения ГБ-115, соответственно.

На основании полученных результатов можно сделать вывод об эффективности и перспективах использования пептидных анксиолитиков для устранения тревоги и страха как одной из причин срыва ремиссии при лечении алкоголизма.

#### ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНО- СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

**Колпаков Я.В.<sup>1,2</sup>, Воробьева Т.В.<sup>2</sup>,  
Александров П.К.<sup>2</sup>, Ялтонский В.М.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,

<sup>2</sup>МГМСУ им. А.И. Евдокимова МПСР России, Москва

**Целью исследования** было изучение особенностей защитно-совладающего поведения у лиц, зависимых от опиоидов, участвующих в различных программах реабилитации. Всего было обследовано 90 мужчин в возрасте 20–35 лет. В первую группу вошли 20 мужчин (27,8±4,6 года), зависимых от опиоидов, проходящих реабилитацию в программе Анонимные наркоманы (АН) при СРЦ «Возрождение» Управления по социальной защите населения г. Москвы. Во вторую группу вошли 20 мужчин (27,7±4,6 года), зависимых от опиоидов, проходящих духовно-ориентированную программу (ДОПР) реабилитации при монастыре святого Саввы Освященного (Республика Украина, г. Мелитополь). В третью группу вошли 20 мужчин (29,2±3,6 года), зависимых от опиоидов, проходящих раннюю медико-социальную реабилитацию (МСР) при филиале ГКУЗ «Наркологическая клиническая больница № 17» Департамента здравоохранения г. Москвы.

В контрольную группу вошли 15 условно здоровых мужчин (28,7±5,5 года) из общей популяции г. Москвы. Использовались психодиагностические методики «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика и соавт., «Стратегии совладающего поведения» С. Фолькман и Р.С. Лазаруса, адаптированные в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева под рук. Л.И. Вассермана (1999, 2009). Полученные данные прошли статистическую обработку при помощи пакета программ SPSS 17.

**Результаты.** Лица, зависимые от опиоидов, участвующие в разных реабилитационных программах, имеют статистически достоверные различия в структуре защитно-совладающего поведения. У лиц, зависимых от опиоидов, проходящих реабилитацию в программе АН, ведущим механизмом психологической защиты личности является «компенсация». У лиц, зависимых от опиоидов, проходящих ДОПР при монастыре, выявлено сочетание преобладающих механизмов психологической защиты личности «компенсация» и «регрессия». У лиц, зависимых от опиоидов, проходящих МСР при наркологической больнице, ведущим механизмом психологической защиты личности является «регрессия». Ведущими стратегиями совладающего поведения у лиц, зависимых от опиоидов, участвующих в различных программах реабилитации, являются «бегство-избегание» и «конфронтация». Стратегия «положительная переоценка» достоверно выше у лиц, зависимых от опиоидов, проходящих реабилитацию в программе АН, и достоверно ниже у лиц, зависимых от опиоидов, проходящих МСР при наркологической больнице, по сравнению с контрольной группой.

## СТИЛИ ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И МОТИВАЦИЯ К ПСИХОТЕРАПИИ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

Колпаков Я.В., Ялтонский В.М.

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ, МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗСР РФ, Москва*

**Цель исследования** – изучение особенностей и связей механизмов психологической защиты личности, стратегий совладающего поведения и факторов мотивации к психотерапии у мужчин, зависимых от алкоголя, и условно здоровых мужчин. Обследовано 60 мужчин в возрасте от 35 до 45 лет. В основную группу вошли 30 мужчин, проходящих стационарное лечение в филиале ГКУЗ «Наркологическая клиническая больница № 17» ДЗ г. Москвы с синдромом зависимости от алкоголя, вторая (средняя) клиническая стадия, текущий эпизод воздержания в условиях ограничения (F10.212). Каждый больной был однократно проконсультирован врачом-психотерапевтом. В контрольную группу вошли 30 условно здоровых мужчин из общей популяции г. Москвы, посещающих авторский центр креатив-

ной психологии с целью совершенствования своих творческих способностей. В психодиагностический пакет вошли методики «Индекс жизненного стиля» (LSI), «Стратегии совладающего поведения» (WCQ) в адаптации Л.И. Вассермана, «Опросник мотивации на психотерапию» (FPTM) в адаптации Я.В. Колпакова. Полученные данные прошли статистическую обработку при помощи пакета программ SPSS 17.

**Результаты.** Стиль защитно-совладающего поведения у мужчин, зависимых от алкоголя, можно назвать замещающе-избегающим. Он характеризуется выраженной напряженностью системы механизмов психологической защиты личности и преобладанием в их структуре замещения, регрессии и подавления. Среди стратегий совладающего поведения преобладают малоадаптивные стратегии бегства-избегания и дистанцирования. Стиль защитно-совладающего поведения у условно здоровых мужчин можно назвать когнитивно-ориентированным. Он характеризуется средним уровнем напряженности системы механизмов психологической защиты личности, равномерностью всех механизмов с некоторым преобладанием в их структуре интеллектуализации. Среди стратегий совладающего поведения преобладают адаптивные стратегии планирования решения проблем, принятия ответственности и положительной переоценки. Особенности защитно-совладающего поведения связаны с факторами мотивации к психотерапии и специфически различаются у мужчин, зависимых от алкоголя, и у условно здоровых мужчин. Ведущими факторами, негативно сказывающимися на мотивации к психотерапии у мужчин, зависимых от алкоголя, являются отрицание ее необходимости, получение вторичной выгоды от психотерапии и ситуативная разрядка психологического напряжения в ее процессе. У условно здоровых мужчин мотивация на психотерапию обусловлена знаниями о ее пользе, надеждой на ее помощь и собственной инициативной обращением за психотерапией.

## СУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СОСТОЯНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО СНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Коненков С.Ю.<sup>1</sup>, Поляков Ю.И.<sup>1</sup>, Ветрова М.Н.<sup>1</sup>, Лукин В.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН,*

<sup>2</sup> *НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург*

В последние годы в комплексной терапии синдромов зависимости в клинике Института мозга человека применяется разработанный здесь новый метод суггестивного воздействия.

Особенностью описываемого метода является введение пациента в состояние повышенной внушаемости в результате погружения его в медикаментозный поверхностный сон при помощи нена-



ркотического гипнотика – депривана (пропофола) – с целью повышения эффективности последующего лечебного внушения за счет снижения «коркового» контроля.

Внушение проводится преимущественно на стадии засыпания и пробуждения. Причем для усиления воздействия речь психотерапевта «накладывается» на индивидуально подбираемый музыкальный фон в зависимости от личности больного, его индивидуальных предпочтений. Кроме того, в предлагаемом способе используются специально подготовленные аудиозаписи, которые повышают внушаемость, обеспечивают повторяемость конкретных формул, желательных для усвоения, с учетом межполушарной асимметрии.

Методика применялась в клинике Института мозга человека РАН при лечении 151 больного с алкогольной зависимостью. Стаж зависимости у больных алкоголизмом от 2 до 24 лет. Пациенты лечились стационарно, им проводилось от 1 до 4 сеансов психотерапии с введением в депривановый сон. Более 80% пациентов после первого сеанса отмечали снижение тревоги, улучшение общего эмоционального тонуса, нормализацию сна. Для значимой коррекции obsessивных переживаний в остром абстинентном состоянии необходимо было повторение сеансов от 2 до 4 раз в среднем и 5–6 раз при особо выраженных проявлениях патологического влечения к алкоголю. Практически у всех пациентов после курса сеансов уменьшался уровень инсомнии. Не отметили для себя никаких изменений после даже неоднократных сеансов 18% от общего числа пациентов. Негативного отношения и неприятных переживаний после процедур не отмечал никто.

По сравнению с адекватной контрольной группой поведение и оценка собственного состояния больных основной группы характеризовались уменьшением или отсутствием паттернов зависимого поведения.

В целом, по результатам применения новой медицинской технологии, можно говорить о безусловном выраженном повышении эффективности психотерапии в комплексном стационарном лечении больных алкоголизмом с использованием препарата, не вызывающего зависимости.

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ МУЖСКОГО ПОЛА БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Копытов А.В.<sup>1</sup>, Голоенко И.М.<sup>2</sup>,  
Наконечная Е.А.<sup>1</sup>, Копытов Д.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр психического здоровья,

<sup>2</sup> Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

Одним из значимых симптомов АЗ является первичное патологическое влечение к алкоголю

(ППВА), которое зачастую формируется независимо от средовых факторов и может быть связано с наследственностью.

**Цель исследования:** изучение роли и вклада полиморфных вариантов разных генов в формирование первичного патологического влечения (ППВА) к алкоголю у подростков и молодых людей мужского пола, страдающих алкогольной зависимостью (АЗ). В качестве генов-кандидатов в настоящем исследовании рассматривались: DRD2TAG1, GABRA2, HTTLPR, COMT, MAOA, CYP2E1.

**Характеристика выборки.** Генетические исследования проведены на 499 субъектах мужского пола. Общая выборка состояла из нескольких групп. Основная группа (ОГ) – 245 субъектов мужского пола РБ с АЗ. Контрольная группа (КГ) – 122 сверстника без проблем с алкоголем. Группа сравнения (ГС) – взрослые после 30 лет, страдающие АЗ, с достоверно большим стажем АЗ – 132 человека. Критерии исключения: пациенты с острыми и хроническими соматическими заболеваниями, выраженной депрессивной симптоматикой на момент исследования, выраженными когнитивными нарушениями, другими расстройствами, препятствующими выполнению заданий, отказ от участия в исследовании.

**Методы исследования.** Диагностика АЗ и злоупотребления производилась в соответствии с критериями МКБ-10, теста AUDIT, Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения, версия 2.3–3.01.2001, «Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманиями» Дудко Т.Н. и др., 2006.

Статистическая обработка с использованием SPSS 17.0 и он-лайн «Calculator for confidence intervals of odds ratio». Статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

Молекулярно-генетическое исследование. Использовали методы ПЦР и ПДРФ анализа по стандартным методикам.

**Результаты.** По результатам статистического анализа установлена взаимосвязь ППВА с полиморфными локусами только гена COMT (rs 4680) с генотипом *HH* или аллелем *H*. ППВА в группе подростков и молодых людей, страдающих АЗ, встречается реже, чем у взрослых с АЗ ( $p < 0,05$ ). В группе подростков и молодых людей преобладают навязчивое и компульсивное ППВА. Компульсивное ППВА в группе молодых людей напрямую связано со стажем АЗ, а его формирование более интенсивно происходит при наличииотягощенной наследственности по АЗ. Подростки и молодые люди мужского пола, имеющие генотип *HH* или аллель *H* гена COMT, подвержены высокому относительному риску наличия компульсивного и постоянного ППВА. Полученные результаты желательно учитывать при разработке профилактических программ.

## УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Короткевич Т.В.

Республиканский научно-практический центр  
психического здоровья,  
г. Минск, Республика Беларусь

Употребление алкоголя населением создает целый ряд негативных проблем, как для отдельного человека, так и для общества в целом. В Республике Беларусь в последние годы отмечается высокий уровень потребления алкоголя. Так, в расчете на душу населения было реализовано абсолютного алкоголя: в 2006 году – 10,6 л; 2007 – 11,74 л; 2008 – 12,39 л; 2009 – 11,97 л; 2010 – 12,34 л; 2011 – 13,4 л. В настоящее время смертность населения, связанная с чрезмерным потреблением алкоголя (смертность от внешних причин), занимает третье место в структуре смертности. Большинство умерших от чрезмерного употребления алкоголя – лица мужского пола трудоспособного возраста. Республика Беларусь относится к числу стран с так называемым северным типом потребления алкоголя, когда в течение короткого промежутка времени употребляются большие дозы крепких алкогольных напитков. Доля крепких алкогольных напитков составляет более половины от общего потребления алкоголя. В 2011 году, по данным Национального статистического комитета Республики Беларусь, доля водки в общем объеме реализованных спиртных напитков составила 45,6%. Рост потребления алкоголя негативно отражается на заболеваемости и смертности населения республики. За период с 2000 по 2011 год общая заболеваемость алкоголизмом увеличилась на 58,3%, с 1408,2 на 100 000 населения в 2000 году до 2229,6 – в 2011, употребление алкоголя с вредными последствиями – в 2,9 раза, с 482,2 до 1414,3 соответственно. Смертность на 1000 обратившихся в течение года пациентов с алкогольными психозами и синдромом зависимости от алкоголя составила: в 2005 году – 26,0; 2006 – 27,9; 2007 – 26,9; 2008 – 25,1; 2009 – 23,7; 2010 – 24,8; 2011 – 29,2. Рассчитанный условный показатель смертности среди пациентов с алкогольными психозами и синдромом зависимости от алкоголя был выше показателя смертности в общей популяции: в 2005 и 2008 годах – в 1,8 раза, в 2006 и 2007 годах – практически в 2 раза, в 2009 и 2010 годах – в 1,7 раза, в 2011 году – в 2,04 раза.

Таким образом, ситуация с потреблением алкоголя населением республики остается достаточно напряженной. Злоупотребление населения алкоголем негативно сказывается на качестве жизни, рождаемости и смертности. В сложившейся обстановке нет альтернативы ограничительным мерам, целью которых явилось бы снижение доступности алкоголя для населения и изменение структуры алкогольного производства за счет сокращения доли крепких алкогольных напитков и увеличения доли качественного вина и пива.

## ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТИРОВАНИЯ УЧАЩИХСЯ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Корчагина Г.А., Фадеева Е.В.

Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва

Необходимость проведения тестирования на употребление наркотических и психотропных веществ в образовательных учреждениях давно обсуждается как на официальном уровне, так и в средствах массовой информации. Поднимаются вопросы о необоснованности расходования бюджетных средств на проведение сплошного тестирования с помощью тест-полосок подростков и молодежи; о нарушении гражданских прав и свобод, в частности права на добровольность медицинского и психологического вмешательства; о социальных последствиях для выявленных лиц, имевших случаи употребления наркотических и психотропных веществ, – стигматизация в школе, исключение из института и т. п. Тестирование учащихся общеобразовательных и профессиональных учебных заведений на употребление наркотических и психотропных веществ проводится в двух формах: сплошное тестирование школьников и студентов с применением тест-полосок и двухэтапное тестирование, в котором исследование биологических сред испытуемого проводится после социально-психологического анкетирования.

В 79 регионах России в период с 2008 по 2011 год проводилось выявление групп риска немедицинского употребления наркотических и психотропных веществ. 1,8 миллионов детей и подростков прошли тестирование различными методами, включая применение методов социально-психологического тестирования, тест-полосок и методов предварительного и подтверждающего иммунологического анализа. Анализ результатов проведенного обследования детей и подростков выглядит следующим образом: было протестировано с применением тест-полосок 1,1 миллиона учащихся, было выявлено 14,5 тысяч потребителей наркотических и психотропных веществ, из них 8 тысяч были направлены на консультацию в наркологические учреждения, что составляет 0,5% от общего числа обследованных. Методом двухэтапного тестирования было обследовано 106 тысяч детей и подростков, 17 тысячам было проведено предварительное и подтверждающее исследование биологического материала методом иммунологического анализа с положительным окончательным результатом, что составляет 18% от общего числа обследованных. Таким образом, последовательное применение следующей схемы: выявление группы риска – проведение социально-психологического тестирования – исследование с помощью тест-полосок – медицинские исследования биологических сред организма методами предварительного и подтверждающего иммунологического анализа – значительно повышает эффективность ранней диагностики.

## ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ (НЕПСИХОТИЧЕСКИХ) ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИИ

**Коршняк Е.В.**

*Харьковская медицинская академия последипломного  
образования, г. Харьков, Украина*

По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) установлено, что психическими заболеваниями страдают более 450 млн людей на планете, с очевидным преобладанием пограничных психических расстройств, удельный вес которых составляет в экономически развитых странах Запада 82,8%, в восточноевропейских (в частности, в Украине) – 88,4%, в Российской Федерации – 86,7%. По прогнозам ВОЗ, к 2020 году психические расстройства войдут в мировую пятерку болезней-лидеров. Подобная ситуация наблюдается и в наркологии. Распространенность алкогольной зависимости составляет 135,9 на 10 тыс. населения. И хотя в последние годы не отмечается тенденции к росту алкогольной аддикции, увеличение вдвое частоты алкогольных психозов указывает на негативную тенденцию.

Ведущая роль в патогенезе этих расстройств принадлежит расстройствам высших форм приспособительной деятельности, то есть психоэмоциональной и психофизиологической адаптации, нарушениям деятельности адаптационных механизмов, которые локализованы в лимбической системе мозга. В связи с этим вопрос изучения эмоциональных расстройств у пациентов, страдающих пограничными расстройствами на фоне алкогольной аддикции, приобретает важное практическое и теоретическое значение. К эмоциональным нарушениям при алкогольной аддикции можно отнести: депрессию, резкие перепады настроения, в том числе дисфории, аффективное напряжение, эмоциональную лабильность, страх, тревогу, грусть, вялость и апатию. В то же время зависимость от алкоголя может маскировать первичные тревожные расстройства: фобии и обсессивно-компульсивные расстройства. Отдельную сложность представляет постановка клинического диагноза, потому как трудно дифференцировать симптом алкогольной интоксикации или симптом отмены и симптом депрессии. В практике зачастую приходится иметь дело с клиникой коморбидных состояний, а наличие синдрома в классическом варианте не всегда встречается. Такое множество путей взаимодействия усложняет не только диагностику, но и выбор оптимальной терапевтической тактики. Изучение предболезненных проявлений и клинической картины с обязательным анализом феноменологической структуры эмоций составляют базовую основу в диагностике эмоциональных нарушений в структуре непсихотических расстройств. Лечебная тактика должна базироваться на принципах этиопатогенетической направленности, этапности, дифференцирования и комплексности (сочетанием фармако- и психотерапии).

## ЦЕЛИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ МЕТОДОМ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА

**Котов С.В.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

В настоящее время важную роль в лечении химических зависимостей занимает психотерапевтическая помощь. Трансактный анализ разработан как специальный метод групповой психотерапии, где взаимодействие индивидов анализируется с точки зрения трех основных состояний психики и концепции сценария жизни. Работа в группах имеет познавательную, образовательную и терапевтическую направленность, а создаваемая группой обстановка способствует работе по контрактам и реализации «Взрослого Эго» членов группы. К работе привлекаются больные, проходящие курс лечения, после купирования абстинентных расстройств. Состав группы от 5 до 12 человек. Согласно концепции основателя трансактно-аналитического направления в психотерапии Э. Берна, каждый человек представляет собой хранилище стереотипов, обусловленных спецификой раннего воспитания. В реальной жизни люди пытаются соотносить «хочу» и «должно». У больных с синдромом зависимости есть нечто такое, что толкает их на спонтанные поступки и действия, обусловленные детским «хочу» или «не хочу» (эмоции, импульсы и т. д.). Одно из достоинств структурного анализа состоит в том, что члены группы узнают в соотношениях сил своих состояний Эго и могут заключать контракты, целью которых будет достижение равновесия между состояниями Эго. Даже пациенты, впервые попавшие на группу, к концу сессии свободно ориентируются в концепции эгосостояний и могут применять их к своим жизненным ситуациям. Основная цель занятий в группах трансактного анализа состоит в воспитание гибкости, умения находить новые, эффективные стратегии поведения, направленные на достижение человеком независимости и автономии, принятие ответственности, владение собой, самостоятельное определение своей судьбы, включенность в настоящее, свободные от игр взаимодействия, допускающие откровенность и близость. В процессе работы вырабатывается жизненная позиция «Со мной все хорошо, и с вами все хорошо».

# ЭНДОГЕННЫЙ МОТИВАЦИОННЫЙ КОНФЛИКТ КАК ФАКТОР ИНИЦИАЦИИ НЕХИМИЧЕСКИХ ФОРМ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖИВОТНЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Котов А.В.

Научно-исследовательский институт нормальной физиологии  
им. П.К. Анохина РАМН, Москва

Избыточная мотивация является одной из причин эндогенных конфликтов, модифицирующих, преобразующих или искажающих реализацию целенаправленного поведения у человека.

В цикле работ изучали особенности поведения (пищевое, питьевое инструментальное, зоосоциальное) животных (кролики, крысы) в условиях хронической электро-, био- и хемотимуляции у них первичных позитивных мотивационных центров гипоталамуса, а также при внутримозговых (боковые желудочки мозга) микроинъекциях биологически активных веществ (психостимуляторы, информационно-емкие свободные и связанные с белком ангиотензины и бета-эндорфин).

В ходе исследований были получены данные, свидетельствующие, что: 1) локальные активирующие воздействия (длительные, сверхсильные, аперiodические раздражения) на инициативные центры биологических мотиваций гипоталамуса (голод, жажда) вызывают у части животных проявление новых доминирующих мотивационных состояний; 2) сверхстимуляция мотивационных зон латерального гипоталамуса и околожелудочковых структур промежуточного и среднего мозга у животных сопровождается феноменом *смены значимости афферентации*. Он проявляется в том, что часть афферентных возбуждений, связанных с реализацией приобретенного навыка, становится самодостаточной и функционально адекватной для подавления («здесь и теперь») побуждения не к целостной первоначально мотивированной деятельности, а к осуществлению собственно приобретенного акта как такового. В этом контексте выполнение действия становится *деятельностью*. Компульсивный и навязчивый характер воспроизведения животными такого вновь сформированного поведения позволяет спекулятивно сопоставить его с нехимическими формами аддиктивного поведения у человека, например при реализации активности под влиянием «сверхценных идей», при гемблинге, проявлениях компьютерной зависимости и др. Функциональная автономность таких вновь сформированных поведенческих актов в условиях конфликтов подтверждается их избирательной чувствительностью (облегчение, подавление) к действию психоактивных и мотивационных и/или подкрепляющих белково-пептидных соединений.

# ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Кралько А.А.

Республиканский научно-практический центр  
психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

В Республике Беларусь наркологическая помощь длительное время не регламентировалась отдельными законодательными актами, что вызывало споры у специалистов о правомерности разграничения наркологии и психиатрии. Принятие в январе 2012 года нового закона «Об оказании психиатрической помощи» окончательно определило место наркологии – она отнесена к одному из видов психиатрической помощи.

Организация медицинской помощи лицам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, также регламентирована статьей 30 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении». В частности, принудительное обследование в целях установления наркологического диагноза осуществляется на основании постановления органов внутренних дел, а принудительное лечение – по решению суда. Отдельным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь определены порядок признания лица больным хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией и инструкция о порядке диспансерного учета таких больных.

Нормативное обеспечение заместительной терапии представлено рядом постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь, изданных в рамках исполнения международного проекта «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа в Республике Беларусь». Проведение заместительной терапии метадон и бупренорфином не противоречит требованиям Закона Республики Беларусь от 13 июля 2012 г. «О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах». Метадон и бупренорфин входят в список особо опасных наркотических средств и психотропных веществ, разрешенных к контролируемому обороту, и в соответствии со статьей 18 указанного закона они могут быть приобретены, реализованы и использованы в медицинских целях.

С августа 2011 года установлен новый порядок освидетельствования физических лиц, в отношении которых ведется административный процесс, подозреваемых, обвиняемых, потерпевших. Таких лиц на освидетельствование в организацию здравоохранения направляют сотрудники правоохранительных органов. Состояние алкогольного опьянения устанавливается при наличии абсолютного этилового спирта в крови (или выдыхаемом воздухе) в концентрации 0,3‰ и выше. Отменены все действующие ранее нормативные документы, регламентирующие порядок освидетельствования, в связи с чем прекратили свою деятельность областные и Республиканская комиссии по рассмотрению спорных случаев освидетельствования. С 12 августа 2011 года нет

нормативных документов, регламентирующих проведение освидетельствования на предмет опьянения по направлению должностных лиц, организаций, а также по личному заявлению. Однако любой гражданин по личному заявлению может пройти диагностику опьянения, после которой выдается справка установленного образца.

Таким образом, новые законодательные нормы способствуют обеспечению максимальной защиты прав пациентов наркологического профиля.

## ТАКТИКА ТЕРАПИИ ПРИ ПИВНОМ АЛКОГОЛИЗМЕ У ПОДРОСТКОВ

Кривенков А.Н.<sup>1</sup>, Аносова Е.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГНЦССП им. В.П. Сербского,

<sup>2</sup>Курский государственный медицинский университет, г. Курск

В настоящее время в России отмечается отчетливая тенденция к росту злоупотребления пивом, пивного алкоголизма среди подростков. Заболевание отличается высокой прогрессивностью, негативными медико-социальными последствиями. Эффективность его лечения остается низкой.

**Целью исследования** явилась разработка оптимальной терапевтической тактики в отношении больных пивным алкоголизмом подростков.

С помощью клинико-психопатологического метода обследованы 60 больных мужского пола в возрасте от 16 до 18 лет. У всех установлена средняя стадия заболевания.

Для лечения абстинентного синдрома (АС) использовали дезинтоксикационные средства в обычных возрастных дозах; витамины группы В (тиамин 100–200 мг/сут, пиридоксин 120–240 мг/сут); анксиолитик диазепам 10–20 мг/сут; гепатопротектор (карсил, гепамерц), панкреатический фермент (панкреатин) в обычных дозах. АС в большинстве случаев удавалось полностью купировать в течение 3–5 дней.

При АС и/или в постабстинентном периоде для подавления патологического влечения к алкоголю применяли «мягкие» нейролептики (тиоридазин 30–100 мг/сут, хлорпротиксен 30–100 мг/сут); антидепрессанты из группы СИОЗС (флувоксамин 100 мг/сут, пароксетин 10–20 мг 1 раз в день, сертралин 50 мг 1 раз в день); антиконвульсант карбамазепин 100–200 мг/сут при пароксизмальном характере влечения.

Психопатоподобные расстройства смягчались при назначении перидиазина в дозе 10–30 мг/сут или тиоридазина в дозе 50–100 мг/сут. С целью уменьшения органических изменений ЦНС использовали ноотропы (аминалон, пикамилон) и препараты с ноотропным компонентом действия (фенибут, мексидол) в средних возрастных дозах, рассчитанных на продолжительное время (1–3 месяца) и проводимых повторными курсами; аминокислоты (глицин, глутаминовая кислота); антиоксиданты (мексидол, пантенол); вазоактивные вещества (цин-

наризин, актовегин) в возрастных терапевтических дозах в течение 1 месяца. В качестве сенситизирующего к алкоголю средства применяли метронидазол 1,0–1,5 г в день.

Проводилась индивидуальная рациональная, групповая и семейная психотерапия. Целью индивидуальной рациональной психотерапии являлось преодоление анозогнозии и формирование мотивации на лечение.

Наш опыт лечения больных пивным алкоголизмом подростков показал эффективность предлагаемого подхода. Отмеченные положительные сдвиги в состоянии больных способствовали достижению у них более продолжительных и качественных ремиссий.

## МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х., Бочкарева И.Ю.,  
Бецков А.С., Кривулина О.Е.

ГБОУ ВПО ЧелГМА МЗСР России, г. Челябинск

**Цель исследования** – оценить эффективность мотивирующего воздействия на пациентов с аддиктивными расстройствами для участия в лечебно-реабилитационных программах и здоровый образ жизни.

Клинико-психопатологическому обследованию подверглись 30 больных мужского пола, в возрасте от 18 до 48 лет, имеющих опиоидную зависимость (МКБ-10 – F11.2) и 12 пациентов с гемблингом (МКБ-10 – F63.0). Все больные участвовали в амбулаторной программе медико-социальной реабилитации (МСР).

В основе мотивационного консультирования лежал один из психолого-психотерапевтических подходов с использованием техник НЛП, в основе которых лежит высокоструктурированная обратная связь для стимулирования мотивации больного и привлечения его собственных ресурсов к изменению поведения. Во время первичных контактов проводились один или несколько сеансов мотивационного консультирования, направленных на вовлечение их в разработку перспективного плана реабилитации и ресоциализации. При проведении мотивационного консультирования работа строилась с «жизненными линиями» пациента. При этом собиралась тестовая информация, цель которой – показать «нынешнее состояние», возможное «негативное» и вызвать желаемое «позитивное состояние». Пациент должен знать, в чем состоит его цель, притом не в словесном смысле, а в смысле личного опыта, чтобы он был в состоянии оценить свое продвижение к желаемой цели. Так как при аддиктивных расстройствах страдают 4 сферы жизнедеятельности: физическое и душевное здоровье; сфера семьи и близкого окружения; сфера занятости и круг общения, то и сбор информации осуществлялся с учетом этих факторов. В последующем на основе работы с «образа-

ми» на «жизненных линиях» создавались картины нынешнего, негативного возможного и желаемого позитивного состояния. После первых 2–3 сеансов мотивирующего воздействия более 80,0% больных высказывали установку на последующее участие в МСР. Через один месяц у всех пациентов редуцировалась острая психопатологическая симптоматика, у 2/3 больных в течение 1–2 месяцев были восстановлены семейный и социальный статусы. Мотивационное консультирование позволяет сократить сроки МСР, инициировать больных к продолжению изменения своего поведения, дезактуализировать эмоциональный компонент аддиктивного поведения, научиться получать столь же значимые эмоциональные состояния без использования химических веществ или гемблинга.

## ДОКАЗАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ НАЛТРЕКСОНА ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

Крупницкий Е.М.<sup>1,2</sup>, Звартау Э.Э.<sup>2</sup>,  
Блохина Е.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

**Целью** данной серии исследований было сравнительное изучение эффективности различных лекарственных форм налтрексона (пероральной, имплантируемой и инъекционной) для лечения опийной наркомании.

**Методы.** В анализ вошли результаты 5 исследований: 1) двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование эффективности перорального налтрексона по сравнению с плацебо (52 пациента); 2) двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование с двойной маскировкой комбинации налтрексона с флуоксетином по сравнению с налтрексоном, флуоксетином и группой двойного плацебо (280 больных); 3) двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование с двойной маскировкой комбинации налтрексона с гуанфацином по сравнению с налтрексоном, гуанфацином и группой двойного плацебо (300 больных); 4) двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование с двойной маскировкой перорального налтрексона по сравнению с имплантируемым налтрексоном и группой плацебо. В рамках данного исследования 306 больных опийной наркоманией, прошедших детоксикацию, были случайным образом распределены в одну из трех групп (по 102 в каждой). Пациенты первой группы в течение 6 месяцев получали имплантации налтрексона (1000 мг 1 раз в 2 месяца) и капсулы плацебо (НИ+ОП); группа 2 получала плацебо-имплантат + пероральный налтрексон (50 мг/сутки) (ПИ+ОН); группа 3 получала двойное

плацебо (ПИ+ОП); 5) двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование инъекционной депо-формы налтрексона по сравнению с плацебо: 250 пациентов были распределены (1:1) в одну из двух исследуемых групп для прохождения 24-недельного курса терапии инъекционной депо-формой налтрексона (ИДН) в дозе 380 мг ежемесячно или плацебо.

**Результаты.** Исследование 1: к концу шестимесячного курса терапии в группе налтрексона 12 из 27 (44,4%) пациентов оставались в программе лечения и не возобновили систематического употребления опиатов, по сравнению с 4 из 25 больных в группе плацебо (16%;  $p < 0,05$ ). Несмотря на то что налтрексон эффективно предотвращал рецидив зависимости от опиатов, он не влиял на такие проявления постабстинентного синдрома, как депрессия, тревога, ангедония и влечение к опиатам. Поэтому возникла гипотеза о том, что комбинация налтрексона с антидепрессантом повысит эффективность терапии опийной наркомании налтрексоном. Эта гипотеза была проверена во втором исследовании, в котором было показано, что удержание в программе лечения в двух группах больных, получавших налтрексон (с флуоксетином и с плацебо вместо флуоксетина) было в 2–3 раза выше, чем в группах флуоксетина с плацебо вместо налтрексона и двойного плацебо ( $OR=3,5$  (1,96–6,12),  $p < 0,0001$ ). Тем не менее эффективность терапии в группе, где применялась комбинация налтрексона с флуоксетином, не отличалась от таковой в группе, где лечение проводилось налтрексоном с плацебо вместо флуоксетина ( $OR=1,35$  (0,68–2,66),  $p=0,49$ ). Однако среди женщин, получавших налтрексон в комбинации с флуоксетином, было отмечено близкое к статистически значимому более длительное удержание в программе лечения по сравнению с женщинами, получавшими налтрексон с плацебо ( $OR=2,4$  (0,88–6,59),  $p=0,08$ ). В третьем исследовании было продемонстрировано, что комбинация налтрексона с пресинаптическим адреномиметиком гуанфацином не повышает эффективность налтрексона в отношении предотвращения рецидива опийной наркомании. В четвертом исследовании кумулятивный процент героин-негативных проб мочи в группе НИ+ОП составил 63,6% по сравнению с 42,7% в группе ПИ+ОН и 34,1% в группе ПИ+ОП ( $p < 0,0001$ ). Анализ кривых выживаемости Каплана–Мейера также подтвердил достоверно более длительное удержание в программе лечения в группе НИ+ОП по сравнению с двумя другими группами: 53% больных группы НИ+ОП завершили программу лечения против 16% в группе ПИ+ОН и 11% в группе двойного плацебо ( $p < 0,001$ ). В пятом исследовании процент опиат-негативных проб мочи был достоверно выше в группе ИДН по сравнению с плацебо (медиана 90% vs. 35%;  $p < 0,0002$ ). Кроме того, у больных, получавших ИДН, были отмечены более выраженное снижение влечения к опиатам по сравнению с плацебо-группой (–9,4 vs. +0,8;  $p=0,0029$ ), снижение частоты рецидивов физической зависимости, подтвержденное

налоксоновой пробой ( $p < 0,0001$ ), и более длительное удержание в программе лечения (более 168 дней vs. 96 дней в группе плацебо;  $p = 0,0042$ ).

**Заключение.** Пролонгированные формы налтрексона (имплантируемая и инъекционная) являются более эффективными средствами фармакотерапии зависимости от опиатов.

## ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С НИЗКОЙ МОТИВАЦИЕЙ НА ЛЕЧЕНИЕ

**Кузнецов А.Г.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

Отраженный в многочисленных публикациях клинический опыт лечения опиоидной наркомании свидетельствует о том, что это заболевание в большинстве случаев относится к труднокурабельным, обнаруживающим высокую резистентность ко всем известным мерам лечебного воздействия. Цель исследования: изучить психодинамические параметры, ассоциированные с низкой мотивацией на лечение у больных опийной наркоманией; выработать на основе полученных данных основные теоретические принципы психотерапии применительно к данному контингенту аддиктивных пациентов; апробировать разработанную модель психотерапии на практике. В результате отбора материала сформирована основная группа пациентов опиоидной наркоманией (38 человек) с низкими показателями мотивированности. Отобранные пациенты характеризовались сочетанием выраженного патологического влечения и высокой интенсивностью уклонения от лечения. По своим патохарактерологическим особенностям в эту группу вошли пациенты с импульсивным вариантом эмоционально неустойчивого типа расстройства личности, выступающего в сочетании с гипертимическими либо диссоциальными свойствами, больные с пограничным вариантом эмоционально неустойчивого типа расстройства личности и пациенты с расстройствами личности пассивно-зависимого и шизоидного типов. Проведен анализ бессознательных аспектов интрапсихического конфликта во время психотерапевтического процесса в отобранной группе пациентов. В качестве мишени психотерапевтического воздействия были взяты бессознательные динамические аспекты выявляемого у пациентов внутреннего конфликта. Стратегической задачей психотерапии больных с низкой мотивацией на лечение служит преодоление психической дезинтеграции, что является необходимым условием формирования психологических средств совладания с внутренним конфликтом. Разработанный на основе психодинамического исследования внутреннего конфликта психотерапевтический подход (в комплексе со стандартизированной фармакотерапией налтрексоном 50 мг/сут) показал более высокую, по

сравнению с изолированной стандартизированной терапией, эффективность при лечении опиоидной наркомании с низкой мотивацией на лечение – как по показателю продолжительности и качества сформированных ремиссий, так и в плане повышения уровня мотивации на дальнейшее лечение.

## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

**Кулаков С.А.**

*Медицинская ассоциация «Центр Бехтерев»,  
Санкт-Петербург*

Индивидуальная терапия с наркозависимыми, учитывая коморбидность и мультиморбидность данной когорты пациентов, представляет собой terra incognita реабилитации пациентов с химическими и нехимическими зависимостями.

Наш опыт показывает, что применение краткосрочной динамической психотерапии (8–10 сеансов) в сочетании с программой стационарной психотерапевтической реабилитации оказалось востребованным пациентами. Ограничение психотерапии во времени вынудило создать следующий алгоритм ее проведения. В 1-й фазе «Концептуализация» мы ставили следующие цели: установление доверительных отношений; точное и полное понимание жалоб пациента (симптомы поддерживают гомеостаз, сохраняют самоуважение); постановка пробного клинико-психотерапевтического диагноза. Проводилась дискуссия по этиологии расстройства, диагностика ресурсных и слабых сторон пациента (в прошлом и настоящем), определялась степень толерантности по отношению к фрустрации, обсуждались цели.

Аддиктивные расстройства оценивались с точки зрения психодинамики (внутриличностный конфликт, дефицит развития, степень отделения Я от объекта, Я-репрезентация и объект-репрезентация, личностные расстройства, механизмы защиты, их генетические, метапсихологические источники).

Успешность индивидуальной терапии достигалась четким выделением «мишени психотерапии» (2-я фаза). Мишень психотерапии – проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого в процессе психотерапии является осознанной целью взаимодействия. Чаще всего фигурируют следующие мишени: редукция влечения; раскрытие важной информации о себе; формирование наблюдающего Эго и усиление рефлексивности; выраженные личных и значимых чувств, в том числе и по отношению к психотерапевту; исследование тем, которые ранее были болезненны для пациента; изменение представлений о себе, адекватное самопринятие; ассертивность; прояснение и изменение интрапсихических моделей и схем, сложившихся в раннем детстве; активация ресурсов; улучшение межличностных отношений.

Для начинающих психотерапевтов индивидуальная терапия может быть тематически-ориентированной. Можно выделить следующие темы: прошлые, настоящие или предстоящие утраты; межличностные конфликты; симптоматические проявления и желание редукации симптома (тяга); черты характера, способствующие зависимости; созависимые отношения; ненависть к партнеру; вина перед значимым Другим; конфликт между морально-нравственными установками и влечениями; управление эмоциями; ценностно-смысловой конфликт; границы безопасности; самоуважение. Сдача домашнего задания, посвященного какому-либо аспекту зависимости, может также быть таким фокусом.

Важная особенность краткосрочной динамической психотерапии – идентификация психопатологического фокуса. Один из методических приемов – выделение центральной, ядерной конфликтной темы отношений. Темы ядерных конфликтных отношений выводятся из рассказа (нарратива) пациента. В каждом эпизоде отношений психотерапевтом выделяются основной мотив (стремление, желание, потребность), движущий больным в общении, реакция окружающих на этот мотив и ответная реакция пациента.

Тематическая направленность фокусов в сочетании с четким структурированием «мишеней» позволяет проводить индивидуальные сессии с пациентами психологам с различным опытом работы.

## **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ФОРМИРОВАНИИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ**

**Кулаков С.А., Будников М.Ю.**

*РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург*

Когнитивно-поведенческая терапия является одним из ведущих методов в терапии аддиктивных расстройств, в частности наркотической зависимости. Основной целью когнитивно-поведенческой терапии является перестройка дисфункционального мышления и поведения, повышение адаптационного потенциала и развитие навыков саморегуляции.

Центральным понятием когнитивно-поведенческой терапии является научение.

В настоящее время в рамках когнитивно-поведенческой терапии делается акцент на работе с автоматическими мыслями при недооценке роли метакогнитивных процессов. Однако наш опыт показывает, что у наркозависимых часто страдает отношение к себе, диагностируется нестабильность Self-системы, что неизбежно отражается на способности к саморегуляции, смыслообразованию и повышению риска рецидивов. Следовательно, актуальной и перспективной задачей становится развитие методик, ориентированных на метакогнитивные процессы, способствующие формированию рефлексивного или метакогнитивного научения, позволяющего пациенту критически анализировать и гибко менять дезадаптивные мысли, эмоции и поведе-

ние. Рефлексия отражает способность осознавать и анализировать процесс собственного мышления. Зрелая личность осознает и меняет глубинные основания собственного мышления и деятельности в результате этого осознания. Важность опосредования, самоанализа мыслей и аффектов и способности к сознательной их перестройке подчеркивалась еще в трудах Л.С. Выготского, Б.В. Зейгарник.

В процессе реабилитации наркозависимых нами используются такие рефлексивные техники, как «Фокус дня», «Итоги недели». «Фокус дня» предполагает анализ собственных мыслей, чувств и действий и ориентирован на понимание их взаимосвязи. Пример: Что я сделал сегодня для своего выздоровления? Кому я сегодня помог? Кому и где я был сегодня благодарен? Психотехника «Итоги недели» ориентирована на осознание произошедших за неделю событий, мыслей, эмоций пациента по поводу них и формулирование выводов, стимулирующих новые позитивные изменения, и предполагает обсуждение в группе.

Важнейшей основой нашей модели является проблемный анализ ситуаций срыва, тренировка механизмов совладания со стрессом (копинг-навыков), преодоление ситуаций риска. Опора на ресурсы выздоровления позволяет пациенту научиться альтернативным способам совладания с ситуациями риска, что позволит не использовать наркотик или алкоголь в качестве неконструктивного и разрушительного механизма избегания проблемы.

Внедрение в программу технологий, способствующих осознанию возникновения влечения к наркотикам и выработке навыков копинга в ситуации сильного влечения и профилактике рецидивов через метакогнитивные (рефлексивные) процессы, является перспективным применением когнитивно-поведенческой психотерапии в реабилитации наркозависимых.

## **ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ У АЛКОГОЛЬЗАВИСИМЫХ ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Куликовский В.Л., Копытов А.В.,  
Копытов Д.А.**

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск, Беларусь*

Оценка личностных особенностей представляет собой одну из наиболее значимых проблем в диагностике наркологических заболеваний. Личностный потенциал может иметь свою специфику в зависимости от этнокультуральных особенностей, что обуславливает необходимость изучения данной проблемы для разработки превентивных мер профилактики.

Проведено клиническое обсервационно-аналитическое исследование методом случай-контроль. Основная группа (ОГ) – 397 человек с алкогольной зависимостью (АЗ) подросткового и молодого воз-



раста мужского пола, 213 сверстников здорового контроля (КГ) и 232 человека группы сравнения (ГС) с АЗ более старшего возраста.

**Цель исследования:** оценить личностные характеристики лиц ОГ для обоснования методов профилактики и лечебно-реабилитационных программ.

Клиническая диагностика была выполнена в соответствии с МКБ-10, AUDIT, «Б-ИТА» (версия 2.3-3.01.2001), «Пятифакторный опросник личности». Статистическая обработка с помощью SPSS 17.0 при степени значимости  $p < 0,05$ .

В результате исследования установлено: преобладание в ОГ эмоциональности, практичности, снижения контролирования; специфическими личностными компонентами для ОГ являются общительность, слабоволие, безответственность, снижение чувствительности; общими личностными характеристиками для лиц с АЗ разного возраста являются подчиняемость, поиск впечатлений, равнодушные, беспечность, напряженность, депрессивность, самокритичность, эмоциональная лабильность, консерватизм, реалистичность, отсутствие артистичности, пластичность. В ОГ личностные мотивы связаны с эмоциональными и личностными компонентами (тревожность, напряженность, эмоциональная лабильность), когнитивными (неаккуратность, безответственность, беспечность) и чувственно-кинестетическими (консерватизм, мечтательность, ригидность), социальные мотивы с безответственностью и равнодушием, а патологические – с ригидностью и консерватизмом. У лиц ОГ ведущая стратегия риска – «бегство», что базируется на негативных эмоциональных (тревожность, напряженность, депрессивность, эмоциональная лабильность) и когнитивных (низкая самооценка, слабоволие, безответственность) личностных ресурсах. Защитными личностными факторами, обеспечивающими высокую адаптивность, устойчивость к стрессам и АЗ, являются активность, сотрудничество, понимание, уважение других, настойчивость, самокритика. Выявленные личностные особенности необходимо учитывать во время проведения лечебно-профилактических мероприятий, корректировать их.

## ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АМИНОКИСЛОТ И ИХ ПРОИЗВОДНЫХ В СИММЕТРИЧНЫХ СТРУКТУРАХ ЦНС ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВВЕДЕНИИ ЭТАНОЛА

Курбат М.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет,  
г. Гродно, Беларусь*

Систематизируя современные научные сведения, касающиеся проблемы латерализации функций головного мозга в норме и при патологии, можно отметить, что биологически активные вещества неравномерно распределены между структурами ЦНС, а также правой и левой половинами мозга относительно среднесагиттальной плоскости.

**Цель настоящей работы** – провести комплексное сравнительное изучение содержания отдельных свободных аминокислот и их производных, а также особенностей аминокислотного пула в симметричных отделах лобных долей коры больших полушарий белых беспородных крыс-самцов при острой алкогольной интоксикации.

Эксперименты были выполнены на белых беспородных крысах-самцах массой 180–200 г, содержащихся на обычном рационе вивария со свободным доступом к воде. Алкоголизацию проводили в/брюшинным введением 10% (1 г/кг) и 25% (5 г/кг) раствора этанола. Контрольная группа получала 0,9% раствор натрия хлорида. Декапитация животных осуществлялась через 1 час и 6 часов после инъекции. Детекцию аминокислот и их дериватов проводили методом ВЭЖХ в безбелковых экстрактах симметричных участков лобных долей больших полушарий.

Обобщая полученные данные, можно констатировать факт, что дисбаланс аминокислот в коре больших полушарий при остром введении этанола носит дозозависимый характер и коррелирует с длительностью интоксикации. Метаболические сдвиги имеют довольно специфический нейрохимический базис, отражающий функциональную роль изучаемых аминокислот и региональные особенности метаболизма в ЦНС. Отмечаются не только сдвиги в пуле отдельных аминокислот при возрастании дозы вводимого алкоголя в правом или левом полушарии, но и изменение коэффициента асимметрии для ряда аминокислот, особенно обладающих нейротрансмиттерными свойствами.

Таким образом, выявлена нейрохимическая асимметрия аминокислотного фонда в лобных долях коры больших полушарий беспородных крыс, дополняющая сведения о функционировании головного мозга в норме и раскрывающая перспективы изучения латерализации биохимических процессов при целом ряде патологических состояний, вовлекающих ЦНС, с целью углубленного понимания механизмов патогенеза, возможностей ранней диагностики и профилактики заболеваний головного мозга, представляющих важнейшую медико-социальную проблему вследствие высокой распространенности, в том числе и у лиц трудоспособного возраста, и тяжелых исходов с высокой степенью входа на инвалидность.

## РАННЯЯ СОЦИАЛЬНАЯ ИЗОЛЯЦИЯ УСИЛИВАЕТ ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У КРЫС

Кучер Е.О.<sup>1,2</sup>, Егоров А.Ю.<sup>1,2</sup>,  
Черникова Н.А.<sup>1</sup>, Филатова Е.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Институт эволюционной физиологии и биохимии  
им. И.М. Сеченова РАН,*

<sup>2</sup> *Санкт-Петербургский государственный университет,  
Санкт-Петербург*

Одной из возможных моделей шизофрении является модель ранней социальной изоляции.

При этом происходят увеличение двигательной активности, увеличение агрессивного поведения, нарушение препульс-ингибирования, снижение способности к обучению и формированию условных рефлексов, увеличение тревоги, нарушения медиаторного обмена. Целью настоящей работы было исследование формирования предпочтения к алкоголю у крыс, подвергшихся ранней социальной изоляции. Работа выполнена на 45 крысах-самцах линии Wistar. В возрасте 21–24 дня опытные животные были высажены из родительских клеток в индивидуальные на 35 суток, контрольные крысы содержались по 5 особей в клетке. Все животные подвергались принудительному спаиванию в течение трех с половиной месяцев в режиме: понедельник, среда, пятница – доступ только к 15% раствору этанола, вторник, четверг – питьевая депривация, суббота, воскресенье – доступ только к воде. Предпочтение алкоголя оценивали в тесте «двухстаканная» проба, поведение – в тесте «открытое поле» и тесте «отчаяния».

Крысы, подвергшиеся изоляции, достоверно больше предпочитали алкоголь в тесте «двухстаканная проба», достоверные отличия регистрировали через 0,5, 2 и 3 месяца спаивания. После окончания изоляции и до начала спаивания опытные крысы обнаруживали большую двигательную активность (длина пройденного пути и вертикальные стойки) в тесте «открытое поле». По исследовательской активности (заглядывания в норки), эмоциональности (болюсы) крысы обеих групп не имели достоверных различий. При этом крысы, подвергшиеся изоляции, были достоверно более чувствительны к звуковому раздражителю и дольше задерживались в стартовой зоне «открытого поля» (что можно рассматривать как более высокий уровень тревоги). В «тесте отчаяния» до начала спаивания животные обеих групп не демонстрировали достоверных различий. После окончания спаивания поведение опытных крыс в тесте «открытое поле» не отличалось от такового у контрольных животных. В тесте «отчаяния» крысы, подвергшиеся изоляции, достоверно меньше находились в неподвижности и больше активно плавали. Таким образом, крысы, подвергшиеся изоляции, перед началом спаивания демонстрировали повышенную двигательную активность и тревожность в тесте «открытое поле», то есть поведение, укладывающееся в существующие представления по данной модели. Крысы, подвергшиеся изоляции, больше предпочитали алкоголь. После окончания спаивания у опытных крыс было достоверно меньше поведения отчаяния в одноименном тесте. В целом полученные данные свидетельствуют, что моделирование шизофрении на крысах с использованием ранней социальной изоляции способствует формированию у них предпочтения этанола.

## К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ ШИЗОФРЕНИИ И АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИИ

Кучер Е.О., Петрова Н.Н.

*Санкт-Петербургский государственный университет,  
Санкт-Петербург*

В задачи исследования входило изучение особенностей течения шизофрении, коморбидной с алкогольной аддикцией. Обследованы 50 амбулаторных больных параноидной шизофренией в возрасте  $36,2 \pm 3,2$  года. Применялись катamnестический, клинко-психопатологический методы в сочетании со шкалами PANSS, комплаентности (Drug Attitude Inventory – DAI-10), оценки тяжести побочных эффектов (Udvald for Kliniske Undersogelser Scale – UKU), Калгари (Calgary Depression Scale for Schizophrenia – CDSS), депрессии Гамильтона (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS). Когнитивное функционирование больных изучалось с использованием теста беглости речи, теста на запоминание «10 слов» Лурия и теста Струпа, отражающего нарушения селективности внимания, специфичные для шизофрении. Злоупотребление алкоголем было установлено в 45,2% случаев. У этих пациентов достоверно чаще, чем у не злоупотреблявших алкоголем, наблюдались симптомы постшизофренической депрессии (61,5% и 27,7% соответственно,  $p < 0,05$ ), в большей степени были выражены идеи самоуничтожения и виновности. Согласно экспертной оценке, они отличались более низким уровнем комплайенса. Побочные эффекты психофармакотерапии в этой группе субъективно переносились заметно лучше, в то время как пациенты, не злоупотреблявшие алкоголем, в большей степени испытывали дискомфорт от таких нежелательных явлений нейролептической терапии, как нарушение концентрации внимания, подавленность, апатия. Больные шизофренией с коморбидной алкогольной аддикцией значительно меньше предъявляли жалобы на нарушения зрения, тошноту, диарею, головокружение и тахикардию. Пациенты обеих групп не обнаружили достоверных различий по состоянию функции памяти, переключаемости внимания и абстрактного мышления. Однако выявлена тенденция к ухудшению селективности внимания у больных шизофренией, злоупотреблявших алкоголем.

Таким образом, злоупотребление алкоголем больными параноидной шизофренией связано с большей частотой и выраженностью аффективных расстройств в структуре шизофрении, субъективно лучшей переносимостью побочных эффектов нейролептической терапии при объективно большей некомплаентности, более выраженными нарушениями когнитивного функционирования, что может ухудшать прогноз заболевания.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ С АМЕНОРЕЕЙ

Лев Л.М., Заика В.Г.,  
Андреева В.О., Ткаченко Н.В.

*Ростовский государственный медицинский университет,  
Ростовский НИИ акушерства и педиатрии,  
г. Ростов-на-Дону*

В настоящее время лечение нервной анорексии (НА) как формы пищевой аддикции по-прежнему представляет значительные трудности, связанные не только с особенностями психопатологии, но также с возникающими метаболическими и эндокринными нарушениями, особенно в подростковом возрасте.

Целью исследования являлось изучение эффективности применения комбинированной психотерапии в комплексном лечении девочек-подростков с нарушением менструальной функции на фоне НА.

В зависимости от применяемого лечения нами были обследованы 2 группы девочек-подростков с НА и нарушением менструального цикла. Группы были сопоставимы по возрасту, средний возраст составлял 16 (17; 15,5) лет. Первая группа – 70 пациенток с диагнозом НА, которым в течение 3 месяцев проводилась психотерапия тиоридазином, вальпроевой кислотой, клоназепамом. Индекс массы тела (ИМТ) при первичном обращении составлял 15,62 (16,56; 14,55). Во II группу вошли 52 пациентки, ИМТ составлял 16,62 (17,56; 15,55), которым в течение 3 месяцев проводилось лечение тиоридазином. В обеих группах проводились психотерапия и коррекция метаболических расстройств для увеличения массы тела. В группу контроля вошли 20 девочек-подростков с нормальным ИМТ, без нарушений пищевого поведения и менструального цикла.

У пациенток обеих групп в анамнезе жизни выявлены ситуационные психогении, в динамике болезни – дисморфофобические, сверхценные идеи полноты, нестойкие идеи отношения. На анорексическом этапе определялся синдром психофизической зависимости с обсессивно-компульсивным влечением, стремлением к реализации аномального влечения, аффективной заряженностью. В результате лечения у 56 пациенток (80%) I группы произошла дезактуализация сверхценной идеи, купирование обсессивно-компульсивной симптоматики (ОКС), повысился вес и восстановился менструальный цикл. Во II группе дезактуализации сверхценной идеи и купирования ОКС удалось достичь у 23 пациенток (44,3%). Анализ результатов лечения и исследуемых показателей пациенток I и II групп подтверждает необходимость комбинированной психотерапии, включения в схему лечения нормотимиков и транквилизаторов с учетом патогенеза данного расстройства, а также междисциплинарного подхода к ведению пациенток с НА.

## ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Липатова Л.В., Громов С.А., Ерышев О.Ф.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

При наличии эпилептического синдрома у больных алкоголизмом возникает ряд вопросов: существует ли риск повторения эпилептических припадков при условии соблюдения больным режима трезвости, показано ли ему лечение противоэпилептическими препаратами (ПЭП).

В клинике лечения эпилепсии СПб НИИП-НИ им. В.М. Бехтерева были изучены отдельные механизмы поэтапного формирования эпилептизации мозга и разработана система лечебно-профилактических мероприятий при этой патологии (Громов С.А., Карташева Е.В., 2002). В результате наблюдения за 120 больными алкоголизмом, осложненным различной степенью выраженности пароксизмальными расстройствами, включая наличие эпилептических припадков или изолированной пароксизмальной активности на ЭЭГ, было установлено, что существуют обратимые (на начальных стадиях алкоголизма) и необратимые стадии заболевания, с формированием так называемой «алкогольной эпилепсии», когда заболевание, утрачивая непосредственную связь с течением алкоголизма, начинает развиваться по патогенетическим механизмам эпилептической болезни.

Лечение ПЭП показано больным с высоким риском повторения приступов: наличие более двух эпилептических припадков в анамнезе, выявление пароксизмальной активности на ЭЭГ, структурно-морфологических изменений головного мозга, соматических заболеваний и пр. При выборе ПЭП учитывается прежде всего тип припадков, при этом предпочтение отдается препаратам с тимолептическим действием (вальпроатам, карбамазепину, окскарбамазепину, ламотриджину и прегабалину), так как аффективные нарушения выявляются у подавляющего большинства больных алкоголизмом. В частности, ряд исследований последних лет убедительно показал, что у пациентов, страдающих алкоголизмом, достоверно реже наблюдается рецидив тяжелого пьянства при приеме препаратов вальпроевой кислоты (ВК). Кроме того, в группе пациентов, получавших ВК, статистически значимо была меньше выражена раздражительность и отмечалась тенденция к уменьшению эмоциональной лабильности. Различий в уровне импульсивности у больных, получавших ВК и плацебо, получено не было. Эффективным является сочетание медикаментозной терапии ВК и психологической коррекции, при этом значительно снижается число рецидивов алкоголизма (68% рецидивов без ВК, 44% – на фоне ВК). Более высокие концентрации ВК крови прямо коррелировали с позитивными исходами.

Таким образом, выбор лечебной тактики у больных алкоголизмом с эписиндромом осущест-

вляется с учетом многих факторов. Назначение ПЭП оказывает положительное влияние как на течение эпилепсии, так и алкоголизма, так как ПЭП уменьшают выраженность патологического влечения к алкоголю и доказано эффективны у больных алкоголизмом даже при отсутствии эпилептических приступов.

### **КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ**

**Липатова Л.В., Громов С.А., Ерышев О.Ф.**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

По данным официальной статистики, почти 2,6 млн населения РФ вовлечено в болезненное пьянство, что составляет 1,8% от всего населения страны, злоупотребляют алкоголем 70% мужчин и 47% женщин. Одним из самых опасных и жизнеугрожающих осложнений алкоголизма является эпилепсия.

Механизмы эпилептогенеза при алкоголизме заключаются в негативном воздействии этанола на нейромедиаторы головного мозга, при этом нарушаются процессы торможения и возбуждения, уменьшается влияние ГАМК на каналы хлора и глутамата на N-метил-D-аспартатные (NMDA) рецепторы, что приводит к проникновению в нейроны кальция. Кроме того, этанол увеличивает содержание в мозге тормозного нейромедиатора аденозина. Все три описанных механизма способствуют развитию судорог при алкогольной интоксикации, а нарушение регуляции ГАМК-опосредованного торможения и активация NMDA-рецепторов – возбуждению при абстиненции. Причем риск алкогользависимых судорог возрастает у пациентов, длительно время употребляющих алкоголь, вследствие развития так называемого kindling-эффекта, или «эффекта воспламенения». Суть его заключается в том, что при повторных абстинентных состояниях осуществляется стимуляция лимбических структур с усилением реакции этих структур, что утяжеляет симптоматику абстинентного синдрома, при этом формируется и стабилизируется пароксизмальная и эпилептиформная активность головного мозга, которая приобретает постоянный характер и сохраняется вне абстинентных состояний.

Приступы у больных алкоголизмом могут быть эпилептической реакцией вследствие острой алкогольной интоксикации или абстинентного синдрома (ААС). В международной классификации эпилепсии (Нью-Дейли, 1989) выделяют ситуативные (случайные) приступы, к которым относятся изолированные приступы или изолированный эпилептический статус; приступы, связанные исключительно с острым воздействием метаболитических или токсических факторов, к которым относится алкоголь. Возможно формирование эпилепсии как

самостоятельного заболевания с развитием спонтанных непровоцируемых эпилептических приступов вне связи с приемом алкоголя. Эпилептические припадки могут быть проявлением тяжелого осложнения хронического алкоголизма – синдрома SESA, или болезни Маркиафава–Биньями (Marchiafava, Bignami): энцефалопатии в форме центрального некроза *corp. callosum* (иногда и других комиссур) с нарастающим слабоумием и психопродуктивной симптоматикой.

Таким образом, злоупотребление алкоголем вызывает негативное влияние на нейромедиаторный баланс головного мозга, что сопряжено с риском развития эпилептического синдрома как следствия острого отравления, ААС или SESA-синдрома, а также возникновения эпилепсии *de novo*.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТОВ ОБУЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ПРОГРАММЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ, БАЗИРУЮЩЕЙСЯ НА ШКОЛЕ**

**Лозовой В.В., Лозовая Т.В.**

*Уральская государственная медицинская академия МЗСР РФ,  
г. Екатеринбург*

Для оценки эффектов проведенного в рамках базирующейся на школе программы первичной профилактики «Ресурсы Здоровья» (РЗ) обучения школьников Екатеринбурга было выполнено контролируемое и корреляционное исследование выборки из 460 подростков обоих полов – учащихся 10–11-х классов общеобразовательных учреждений (159 обучавшихся РЗ и 301 не обучавшихся), сопоставимых по возрасту и полу.

Изучались как прямые, так и косвенные эффекты обучения. К прямым эффектам отнесены самоотчетные показатели подтверждения/отрицания пробования употребления табака, алкоголя и наркотиков. Косвенные эффекты были представлены изменениями окружения подростков, изменениями психологических индикаторов, полученными при социометрии и психодиагностическом исследовании.

Было выявлено значимое снижение распространенности употребления и пробования средств зависимости.

Более всего снизилось число потребителей алкоголя (на 24%,  $p < 0,05$ ) и экспериментаторов с алкоголем (на 29%,  $p < 0,05$ ) среди мальчиков.

Значимыми эффектами РЗ оказались возросшие у обученных подростков субъективные оценки потенциального вреда для здоровья табакокурения ( $\eta^2 = 0,138$ ,  $p = 0,005$ ), употребления алкоголя ( $\eta^2 = 0,130$ ,  $p = 0,01$ ) и употребления наркотиков ( $\eta^2 = 0,173$ ,  $p = 0,001$ ).

Корреляционное исследование обнаружило значимую связь обучения по программе РЗ с научением здоровым навыкам «справляться со стрессом»

( $p=0,05$ ), «справляться с негативными чувствами» ( $p=0,001$ ), «решать конфликты конструктивными способами» ( $p=0,02$ ) и «делать выбор в пользу здоровья» ( $p=0,01$ ).

Обученные подростки, отрицавшие эксперименты с наркотиками, значимо подтверждали научение в процессе РЗ навыкам справляться со своими негативными чувствами здоровыми способами ( $F = -0,116$ ,  $p=0,02$ ) и делать выбор в пользу здоровья ( $F = -0,118$ ,  $p=0,02$ ).

#### **Выводы:**

1. Обучение по программе РЗ способствует снижению употребления/пробования средств зависимости подростками, а также уменьшению некоторых личностных и поведенческих факторов аддиктивного риска.

2. Сравнение эффективности программы РЗ с некоторыми современными зарубежными программами первичной профилактики, также оцененными по эффективности, показали достаточно высокий уровень достигаемых посредством РЗ профилактических результатов.

3. Результаты исследования показали адекватность социометрического и психодиагностического инструментария, использованного для изучения профилактических эффектов, и позволили наметить мишени для дальнейших модификаций программы РЗ с целью повышения ее действенности.

### **ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЙЕНСА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Лутова Н.Б.**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург*

Поиски причин нарушения комплайенса у психически больных привели к тому, что исследователи признали, что наличие у них коморбидной зависимости от ПАВ и алкоголя оказывает негативное влияние на их приверженность медикаментозному лечению, считая данную патологию серьезным фактором риска для развития нонкомплаентности. Это усугубляется широтой распространенности коморбидной патологии как среди больных аффективной патологией (они вдвое чаще имеют зависимость от ПАВ по сравнению со здоровой популяцией), так и у больных шизофренией, имеющих данное коморбидное расстройство в пределах 10–70%.

В отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств НИПНИ им В.М. Бехтерева обследовано 426 больных, относящихся согласно МКБ-10 к диагностическим категориям F2 и F3. Для исследования комплайенса использована Шкала оценки медикаментозного комплайенса, созданная в отделении.

Исследование взаимосвязи между наличием аддикций у больных психозами и их комплаентностью с использованием корреляционного анализа

обнаружило положительную взаимосвязь между отсутствием обследованных больных коморбидности со злоупотреблением психоактивными веществами и алкоголем и общим уровнем комплайенса ( $r=0,32$ ). Также выявлены положительные взаимосвязи между отсутствием аддикций и всеми подсистемами, формирующими комплайенс: факторами, связанными с отношением к медикации ( $r=0,23$ ), и факторами, связанными с пациентом ( $r=0,33$ ), факторами, связанными с близким окружением ( $r=0,20$ ), и факторами, связанными с врачом ( $r=0,23$ ). При этом пациенты, имеющие аддиктивные расстройства, в большей степени подвержены психологическому саботированию медикации, чаще демонстрируют негативное отношение к ранее принимавшимся препаратам и низкую оценку текущей терапии, а также недовольство режимом приема лекарств. Также этой категории больных свойственны отсутствие осознания болезни, наличие суицидальных тенденций и низкий уровень социального функционирования. Близкое окружение таких больных часто имеет отрицательное отношение к медикации и не оказывает им достаточной социальной поддержки. Кроме того, такие больные имеют низкий уровень терапевтического альянса.

Данные находки имеют практическое значение для выбора врачом мероприятий, направленных на улучшение комплайенса у больных психозами, имеющих коморбидную аддиктивную патологию. Поскольку эта категория больных демонстрирует особенно неблагоприятный уровень комплайенса, то, зная особенности профиля нарушений, врач, сформировав удовлетворительный терапевтический альянс, должен провести коррекцию фармакологических стратегий (например, перевод на пролонгированные формы препаратов, присоединение фармакотерапии аддикций) и вовлечь больного и его семью в психосоциальные и психотерапевтические мероприятия (психообразовательные программы для больных и родственников, семейное консультирование, проведение комплайенс-терапии на основе мотивационного интервью).

### **НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Мазо Г.Э., Шманева Т.М., Бубнова Ю.С., Крижановский А.С.**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург*

Связь нарушений пищевого поведения (НПП) с аффективными расстройствами широко обсуждается в литературе. Согласно современным представлениям, НПП могут быть одним из проявлений аффективного расстройства, являться побочным эффектом используемой фармакотерапии. Кроме этого, в течение последних лет обсуждается гипотеза, согласно которой НПП у этой группы

пациентов рассматриваются как коморбидная патология, представляющая одну из разновидностей аддикций. Было выявлено, что расстройства пищевого поведения имеют сходные нейробиологические механизмы с происходящими при формировании аддикций.

**Цель исследования:** оценка распространенности и особенностей НПП у пациентов с депрессивным расстройством.

**Материалы и метод исследования:** обследование 89 пациентов с депрессией в рамках аффективного расстройства, прошедших лечение в отделении биологической терапии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Оценка депрессивного статуса, динамики в процессе фармакотерапии производилась при помощи Шкалы Гамильтона (Hamilton M., 1959). НПП выявлялись при помощи Голландского опросника пищевого поведения (Van Strien T. et al., 1986). Изучение особенностей пищевого поведения проводилось в ходе терапии.

**Результаты исследования.** У 72% пациентов с депрессивным расстройством были зарегистрированы НПП. Наивысшая представленность НПП была у пациентов с атипичной депрессией. На начальном этапе терапии преобладал эмоциогенный тип пищевых нарушений, он регистрировался у 42% больных, экстернальный выявлялся в 13% случаев, ограничительный – в 17%. Динамика НПП в процессе терапии зависела от структуры депрессии. У пациентов с атипичной депрессией уменьшилось количество эмоциогенных пищевых нарушений ( $\varphi^*=3,09$ ;  $p<0,01$ ) и увеличилась представленность ограничительных пищевых нарушений ( $\varphi^*=1,967$ ;  $p<0,05$ ). При меланхолической депрессии уменьшилось количество эмоциогенных пищевых нарушений ( $\varphi^*=1,705$ ;  $p<0,05$ ), как и при депрессии с тревогой ( $\varphi^*=3,509$ ;  $p<0,01$ ). Вне зависимости от структуры депрессии наиболее стабильными были экстернальные пищевые нарушения.

**Выводы.** Нарушения пищевого поведения широко представлены у пациентов с депрессивным расстройством. Различия в терапевтической доступности позволяют предполагать не только феноменологическую, но и биологическую гетерогенность пищевых нарушений.

## АДДИКЦИИ И ЗАВИСИМОСТЬ: ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ

**Макаров В.В.**

*Российская медицинская академия  
последипломного образования,  
Общероссийская профессиональная  
психотерапевтическая лига, Москва*

Аддикция – повторяющееся потребление психоактивного вещества или веществ до такой степени, что потребитель периодически или хронически испытывает состояние интоксикации, непреодолимое влечение принимать избранное вещество (вещества) и значительные трудности в доброволь-

ном прекращении или изменении потребления. Понятие аддикции не является официальной диагностической дефиницией, но широко используется как профессионалами, так и общественностью. Зависимость, в применении к алкоголю и иным наркотикам, – термин, подразумевающий необходимость в повторяющихся дозах наркотика, для того чтобы чувствовать себя лучше или не чувствовать хуже. Психологическая или психическая зависимость относится к ослаблению контроля над выпивкой или потреблением наркотиков, тогда как физиологическая или физическая зависимость относится к толерантности и абстинентному синдрому. В отечественной науке и практике понятие аддикции приобрело более широкое значение, чем зависимость, и в первую очередь распространилось на нарушения, в которых психически активные вещества не играют ведущей роли.

Изучение психогенеза химических и процессных аддикций дает новые возможности для построения психотерапевтических профилактических, лечебных и реабилитационных психотерапевтических программ, дополняющих биологические способы коррекции. Применение четырехчастной био-психо-социо-духовной парадигмы понимания человека позволяет создавать новые терапевтические программы в рамках как различных психотерапевтических модальностей, так и полимодальной психотерапии.

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ

**Малыгин В.Л., Антоненко А.А., Вовченко Е.И.**

*Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова, Москва*

С целью изучения особенностей эмоциональной и личностной сферы подростков, склонных к интернет-зависимому поведению, проведено сплошное невыборочное обследование 350 подростков – учащихся московских школ. Из них выявлено 45 (12,85%) подростков с признаками интернет-зависимого поведения. Критерии включения в группу интернет-зависимых: объективные признаки интернет-зависимого поведения (шесть компонентов, универсальных для всех аддикций, по R. Brown, 1993; M. Griffiths, 1996); высокие показатели по Шкале интернет-зависимости Чена (адаптация К.А. Феклисова, В.Л. Малыгина).

Выявлено, что эмоциональный интеллект подростка с интернет-зависимым поведением достоверно ниже эмоционального интеллекта подростка, не злоупотребляющего Интернетом. Подростки, склонные к интернет-зависимому поведению, демонстрируют снижение способности восприятия эмоции по лицу собеседника, способности ассимилировать свой текущий опыт, описать чувства к

определенному человеку. Также отмечено возникновение затруднений при описании своих эмоций или эмоциональных состояний других людей. Подросткам со сниженным эмоциональным интеллектом сложнее понять и отследить протекание эмоций во времени, то есть как эмоции следуют одна за другой, сменяют друг друга, а также им сложнее различать смешанные, сложные чувства. Все это затрудняет понимание себя и других, затрудняет развитие межличностных отношений. Выявлено, что социальный интеллект подростков в экспериментальной группе значительно ниже уровня социального интеллекта подростков в группе сравнения. Статистическая обработка данных показала значимость различий по всем субтестам методики. Выявлено, что подростки, склонные к интернет-зависимому поведению, демонстрируют меньшее владение языком телодвижений, взглядов и жестов и в большей степени ориентированы на вербально-смысловое содержание сообщений. Испытуемые экспериментальной группы демонстрируют тенденцию к худшему распознаванию различных смыслов, которые могут принимать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения, нежели группа сравнения.

Таким образом, можно предположить, что сниженный эмоциональный интеллект может создавать благодатную почву для развития интернет-зависимого поведения. В свою очередь, незрелость социального интеллекта, как интегральная способность успешности общения и социальной адаптации, может являться непосредственной предпосылкой возникновения интернет-аддикции.

### **ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА**

**Малыгин В.Л., Искандирова А.С.,  
Антоненко А.А., Хомерики Н.С.,  
Смирнова Е.А., Меркурьева Ю.А.**

*Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова, Москва*

**Цель исследования:** уточнение диагностических критериев интернет-зависимости, апробация психодиагностических методик, выявление личностно-характерологических факторов риска формирования интернет-зависимости. Проведено сплошное невыборочное обследование 1084 учащихся старших классов г. Москвы.

**Методы исследования:** тест на интернет-зависимость Чена, тест Кеттела, тест на эмоциональный интеллект в адаптации Е.А. Сергиенко, тест «Телесный образ Я» М. Feldenkreis, в адаптации И.А. Соловьевой.

**Результаты исследования.** Проведены апробация, адаптация и валидизация Шкалы интернет-зависимости Чена. Предложенная пятиосевая модель теста позволяет не просто диагностировать предполагаемый факт наличия/отсутствия интернет-зависимого поведения в дихотомическом делении, но и качественно определить выраженность тех или иных клинических симптомов в его едином континууме. Выявлено, что распространенность интернет-зависимого поведения среди учащихся старших классов составляет 4,25%, а 29,33% злоупотребляют Интернет-ресурсами и относятся к группе риска возникновения интернет-зависимости. Характерологические свойства подростков с интернет-зависимым поведением отличаются психической утомляемостью, общей эмоциональной неустойчивостью, перепадами настроения, сниженной способностью к эффективной волевой регуляции поведения, возбудимостью, внутренней напряженностью. Эмоциональный и социальный интеллект достоверно ниже эмоционального интеллекта подростка, не злоупотребляющего Интернетом. Подростки со склонностью к интернет-зависимости имеют явные нарушения в эмоциональной сфере. Следствием влияния таких личностных свойств также является недостаточный уровень развития коммуникативных способностей. Исследование образа тела подростков с интернет-зависимым поведением показало, что у них имеется склонность отделять телесность от ментальности, разделять эмоции и интеллект, изолировать собственные переживания, придавать большее значение интеллекту. Таким образом, интернет-зависимое поведение обладает всеми клиническими критерияльными проявлениями, свойственными другим известным аддиктивным расстройствам. Формирование интернет-зависимости у подростков обусловлено нарушениями адаптации в социуме, что способствует уходу в виртуальную реальность и в еще большей степени нарушает (задерживает) развитие личности.

### **ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ**

**Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Смирнова Е.А.**

*Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова, Москва*

**Цель исследования:** изучение индивидуально-психологических особенностей подростков с интернет-зависимым поведением. Проведено сплошное невыборочное обследование 1084 подростков – учащихся московских школ. Критерии отбора в группу интернет-зависимых: общие признаки, характерные для той или иной аддикции (шесть компонентов, универсальных для всех аддикций, по R. Brown, 1993; M. Griffiths, 1996); высокие показатели по шкале интернет-зависимости Чена (адаптация К.А. Феклисова, В.Л. Малыгина).

**Результаты исследования.** Анализ распространенности интернет-зависимого поведения среди подростков показал, что 4,25% (46 подростков) имеют признаки интернет-зависимости, а 29,33% (318 подростков) злоупотребляют Интернет-ресурсами и относятся к группе риска возникновения проблемного использования Интернета. Исследование характерологических черт подростков, демонстрирующих интернет-зависимое поведение, выявило повышение профиля по всем типам, кроме гипертимного (циклотимный, лабильный, астено-невротический, сензитивный, тревожно-педантичный, интровертированный, возбудимый, демонстративный, неустойчивый) в исследуемой группе. Это говорит об общем заострении и выраженности характерологических черт и дает основание считать, что формирование интернет-зависимости связано не столько со специфическими характерологическими особенностями, сколько с выраженностью дезадаптивных личностных черт. Подростки с интернет-зависимым поведением отличаются снижением регуляторно-волевой сферы, что проявляется повышенной импульсивностью, сверхактивностью на слабые провоцирующие стимулы. Для них характерны беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания, эмоциональная неустойчивость, слабость «Эго-функции», повышенная возбудимость и общая личностная фрустрированность. В ходе настоящего исследования выявлена и описана «группа риска», которая характеризуется тревожностью, беспокойством, трудностью в принятии быстрых решений, неуверенностью в собственных силах, снижением самооценки, что приводит к трудностям социальной адаптации и, как следствие, компенсаторному использованию Интернет-пространства, что впоследствии может привести к формированию интернет-зависимости.

Выявлены и описаны характерологические особенности, связанные с общим показателем выраженности интернет-зависимости по Шкале интернет-зависимости Чена. Среди них наиболее важными являются: эмоциональная устойчивость, способность к самоконтролю и эффективной самоорганизации, возбудимость, гипотимия, способность воспринимать и идентифицировать эмоции, эмоциональная компетентность.

## ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР В ПОКЕР ОН-ЛАЙН

Малыгин В.Л., Довбыш О.В.

*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва*

**Цель исследования:** изучение психологических особенностей личности лиц, склонных к зависимости от азартных игр в покер он-лайн, и клинико-психологических феноменов, сопровождающих азартную игру. Всего обследовано 45 человек (15 – с признаками зависимости, 15 – играющих периодически, 15 здоровых лиц).

**Результаты исследования.** Регулярные азартные игроки отличаются чувствительностью, эмоционально менее устойчивы, легко расстраиваются. Они характеризуются импульсивностью, несдержанностью, эмоциональностью, низким самоконтролем. Деятельность таких людей неупорядочена и импульсивна, такие личности не обращают внимания на социальные требования, невнимательны к другим. Чувствуют себя недостаточно приспособленными к жизни в обществе. Лица, играющие в покер он-лайн, периодически отличаются эмоциональной выдержанностью, большей проницательностью и расчетливостью. Периодически играющие в покер он-лайн отличаются большей энергичностью, открытостью новым видам деятельности, они более мотивированы на новые виды деятельности. Являются индивидуалистами, часто бывают разобщены с группой. По общей направленности данные, полученные в группе периодически играющих игроков, ближе к данным, полученным в группе условно здоровых людей. Основной мотивацией к игре периодически играющих игроков выступает стремление получить дополнительный стимул, избежать скуки, получить максимум удовольствия. Напротив, у игроков, склонных к зависимости от игры, основным мотивом игры является снижение тревоги, чувства внутреннего напряжения, возвращение положительного настроения. Азартные игроки стараются замаскировать самоутверждение через те виды деятельности, где они могут в большей мере раскрыть свои способности. Этим видом деятельности у них выступает азартная игра, где они чувствуют себя значимыми, что нередко может подтверждаться эпизодами выигрыша. Зависимость от игры в покер в Интернете характеризуются следующими психопатологическими феноменами: обсессивно-компульсивными и тревожными симптомами, межличностной сензитивностью и враждебностью, симптомами депрессивных расстройств (отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации и потеря жизненной энергии, чувства безнадежности и суицидальные мысли). Полученные данные свидетельствуют о серьезных психопатологических нарушениях, сопровождающих увлечение азартной игрой в покер в сети Интернет. Нельзя исключить возможность коморбидности расстройств: возникновение зависимости от азартных игр в покер он-лайн на фоне депрессивной симптоматики.



## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Малыгин В.Л., Искандирова А.С.,  
Меркурьева Ю.А.

*Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова, Москва*

**Цель исследования:** изучение нейропсихологических особенностей подростков с интернет-зависимым поведением. Обследовано 65 учащихся школ г. Москвы, средний возраст 15,5 года. В экспериментальную группу вошли 30 испытуемых. Критерии включения: объективные признаки интернет-зависимого поведения (шесть компонентов, универсальных для всех аддикций, по R. Brown, 1993; M. Griffiths, 1996); высокие показатели по Шкале интернет-зависимости Чена (адаптация К.А. Феклисова, В.Л. Малыгина). Контрольная группа – 35 подростков без признаков аддиктивных расстройств.

**Методы исследования:** адаптированное нейропсихологическое исследование для подростков (на основе Лурия-90).

Данные, полученные по методике «Шкала Чена», и показатели нейропсихологических профилей подростков были подвергнуты корреляционному анализу, который не выявил значимой корреляционной связи показателей ( $p \leq 0,05$ ), однако мы обращаем внимание на следующее: показатели функциональных нарушений правого полушария и межполушарных взаимодействий имеют тенденцию к корреляции. В ходе анализа различий выборок были выявлены следующие значимые различия: у подростков с интернет-зависимым поведением отмечаются более высокие показатели нарушений пространственного праксиса, слухо-моторных координаций, опосредованного запоминания, контроля и регуляции деятельности, внимания. При объединении показателей по локализации данных функций мы получили следующие индексы: 1) отражающий трудности передних отделов левого полушария; 2) отражающий трудности, связанные с задними отделами левого полушария; 3) отражающий правополушарные трудности. Выявлено, что подростки с интернет-зависимым поведением значимо отличаются от условно здоровых по показателям функциональных нарушений пространственного праксиса, слухо-моторных координаций, внимания, контроля и регуляции деятельности, а также опосредованного запоминания. Соотнося эти данные с локализацией функций, мы отмечаем функциональную слабость межполушарных комиссур и левой передней доли, кроме того, учитывая утомляемость, снижение концентрации внимания, можно говорить о слабости первого блока мозга. Важно отметить, что функциональная недостаточность межполушарных взаимодействий увеличивает нагрузку на первый и третий блоки мозга. Таким образом, подростки могут использовать Интернет как способ поддерживать активность, так как постоянное появление

новых стимулов внешне регулирует концентрацию внимания, хотя в то же время это способствует еще большому истощению и утомлению.

## ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ- ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДПОЧИТАЕМОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ИНТЕРНЕТ-СРЕДЕ (МАССОВЫЕ МНОГОПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКИЕ РОЛЕВЫЕ ОН-ЛАЙН ИГРЫ ИЛИ СЕРВИСЫ ОН-ЛАЙН ОБЩЕНИЯ)

Малыгин В.Л., Антоненко А.А., Фролова Ю.И.

*Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова, Москва*

**Цель исследования:** изучение характерологических особенностей подростков, склонных к интернет-зависимому поведению, в зависимости от предпочитаемой деятельности (массовые многопользовательские ролевые он-лайн игры или сервисы он-лайн общения). Всего в исследовании приняли участие 80 подростков, из них 22 – предпочитающих массовые многопользовательские ролевые он-лайн игры, 20 – сервисы он-лайн общения и 38 подростков без признаков аддиктивных расстройств. Критерии включения: объективные признаки интернет-зависимого поведения (шесть компонентов, универсальных для всех аддикций, по R. Brown, 1993; M. Griffiths, 1996); высокие показатели по Шкале интернет-зависимости Чена. **Методы исследования:** Шкала интернет-зависимости Чена (Шкала CIAS); Факторный личностный опросник Кеттелла (подростковый вариант 14 HSPQ); Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R); Модифицированный опросник для идентификации типов акцентуаций характера у подростков.

Выявлено, что подросткам, склонным к интернет-зависимому поведению, предпочитающим массовые многопользовательские ролевые он-лайн игры, по сравнению с подростками, предпочитающими сервисы он-лайн общения, в большей степени свойственны следующие характерологические типы: демонстративный тип, астено-невротический, неустойчивый и сензитивный тип. Они отличаются повышенной импульсивностью, отвлекаемостью, недостаточной концентрацией внимания. В то же время по сравнению с подростками, предпочитающими сервисы он-лайн общения, им в меньшей степени свойственна тревожная симптоматика. При этом отмечается более высокий уровень враждебности. Очевидно, что ролевые он-лайн игры позволяют подросткам перенаправить свою враждебность на персонажей, которые участвуют в игре, избегая санкций и наказаний, а игра становится для подростков безопасным способом проявления имеющейся враждебности. Подростки, предпочитающие сервисы он-лайн общения, более

тревожны, что затрудняет установление контактов в реальной жизни, в связи с чем общение в он-лайн пространстве представляется для них более безопасным. Таким образом, у подростков, склонных к интернет-зависимому поведению, предпочитающих массовые многопользовательские ролевые он-лайн игры, отмечается наличие характерологических особенностей, отличных от характерологических особенностей подростков, склонных к интернет-зависимому поведению, предпочитающих сервисы он-лайн общения.

## ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Малыгин В.Л., Искандирова А.С.,  
Меркурьева Ю.А.

*Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова, Москва*

**Цель исследования** – изучение особенностей образа тела и эмоциональных особенностей подростков с интернет-зависимым поведением. Экспериментальная группа (32 человека, средний возраст 15,46 года), критерии включения: общие признаки, характерные для той или иной аддикции (шесть компонентов, универсальных для всех аддикций, по R. Brown, 1993; M. Griffiths, 1996); высокие показатели по Шкале интернет-зависимости Чена (адаптация К.А. Феклисова, В.Л. Малыгина). Контрольная группа (32 человека), критерии включения: проведение в Интернете менее 3 часов в сутки, высокая социальная активность, отсутствие в списке предпочитаемых Интернет-ресурсов он-лайн игр. **Методы исследования:** тест на интернет-зависимость Чена (адаптация: Малыгин В.Л., Феклисов К.А.), методика «Телесный образ Я» (M. Feldenkreis, адаптация И.А. Соловьевой), методика «Рисунок человека» (К. Махвер).

**Результаты исследования.** Корреляционный анализ результатов методик «Телесный образ Я» и показателей выраженности интернет-зависимости показал наличие достоверной положительной корреляции. «Телесный образ Я» и «Рисунок человека» обнаружили следующие символические особенности образа тела интернет-зависимых подростков: уменьшение длины стопы – недостаточная устойчивость, потребность в опоре, отсутствие внутренней и/или внешней поддержки; удлинение шеи – блокирование и отделение эмоций от сознания; увеличение ширины и высоты головы – высокая значимость интеллекта в системе ценностей, гиперконтроль над телесными импульсами; уменьшение длины руки – нарушения и проблемы общения, недостаточная коммуникативная компетентность; преуменьшение области от талии до промежности – тревога, относящаяся к сексуальности; в методике «Рисунок человека» отмечаются сходные символические особенности: проблемы опоры – 80%, отделение чувств

и эмоций от сознания – 75%, нарушение коммуникаций – 70%, тревога в сексуальной сфере – 80%, недифференцированность рисунка, наличие только границ – нарушение контакта с телом, отсутствие знаний о нем – 30%.

Основные выводы: 1. Образ тела подростков, проявляющих интернет-зависимое поведение, искажен значимо больше, чем у группы здоровых подростков (54,7%). 2. Образ тела подростков с интернет-зависимым поведением значимо менее дифференцирован по сравнению со здоровыми подростками. Особенности искажений образа тела у интернет-зависимых подростков говорят о нарушении контакта эмоций, тела и сознания, проблемах в сфере общения, отсутствии опоры и уверенности, нарушении контакта со своими желаниями.

## ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Малыгин В.Л., Смирнова Е.А.,  
Хомерики Н.С.

*Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А.И. Евдокимова, Москва*

**Цель исследования:** изучение особенностей семейных отношений и свойств характера у подростков с интернет-зависимым поведением. Исследовано 111 подростков с интернет-зависимым поведением, группа сравнения – 59 подростков. Критерии включения: объективные признаки наличия интернет-зависимости (шесть компонентов, универсальных для всех аддикций, по R. Brown, 1993; M. Griffiths, 1996); высокие показатели по Шкале интернет-зависимости Чена (адаптация К.А. Феклисова, В.Л. Малыгина). **Методы исследования:** Шкала интернет-зависимости Чена CIAS (адапт. Феклисова К.А., Малыгина В.Л.), методика ПОР (Вассерман Л.И. и др.), проективная методика «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г.), проективная методика «Мать и Дитя» (Мельникова М.Л.), проективная методика «Социальный атом», опросник АСВ (Юстицкис В., Эйдемиллер В.Г.), цветовой тест отношений (Эткинд А.М.), тест Кеттелла.

**Результаты исследования.** Выявлено, что стиль воспитания в семьях подростков, склонных к интернет-зависимому поведению, обладает рядом специфических характеристик: образ семьи у подростка и у родителя отличается как в контрольной, так и в экспериментальной группах, однако в экспериментальной группе различия носят фрустрирующий характер: интернет-зависимый подросток склонен отмечать большую близость с матерью, чем наблюдает родитель; интернет-зависимый подросток склонен переоценивать свою близость к матери по сравнению с сиблингом. В семьях интернет-зависимых подростков, при низ-

ком уровне запретов в целом, количество санкций значительно превышает количество санкций в семьях группы нормы, что говорит о непоследовательности и возможной амбивалентности в воспитании родителями подростка. Семьям подростков, демонстрирующих интернет-зависимое поведение, бывает свойствен неустойчивый стиль воспитания, не встречающийся у испытуемых контрольной группы. В экспериментальной группе родители часто прибегают к проекции на подростка собственных нежелательных качеств, что не встречается в контрольной группе.

Выявлены характерологические особенности подростков с интернет-зависимым поведением: психическая утомляемость, общая эмоциональная неустойчивость, перепады настроения, сниженная способность к эффективной волевой регуляции поведения, возбудимость, внутренняя напряженность. Кроме того, подростки с интернет-зависимостью демонстрируют недостаточно интегрированный и целостный образ «Я».

## КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АДДИКТИВНОЙ ПРИРОДЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Маркова М.В.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина*

**Цель** – концептуализация феномена сексуальной зависимости (СЗ) путем его эмпирического анализа.

**Гипотеза** – СЗ является вариантом нехимической зависимости со свойственными аддиктивным расстройствам клиническими феноменами и механизмами формирования, а не проявлением обсессивно-компульсивного расстройства или расстройства привычек и влечений.

**Контингент и методы исследования.** С помощью клинко-психопатологического и психодиагностического методов за период 15-летней клинической практики обследовано 7 пациентов с клиническими проявлениями СЗ.

**Результаты исследования.** Установлены общие клинко-психопатологические проявления, характерные для пациентов ( $p \leq 0,01$ ): доминирующее желание новых сексуальных контактов и нарушение способности его контролировать, формальность суждений, декларативное признание своей вины или показное раскаяние, возникновение и усиление выраженности дисфорических, тревожных и депрессивных проявлений, когнитивного дефицита при вынужденной невозможности реализовать сексуальное влечение.

Для всех пациентов сексуальная реализация была самым значимым событием, вокруг которого происходило построение всего жизненного сценария, что было тем более выражено, чем дольше стаж СЗ; выявлялось сужение временной перспективы,

важным оказывалось лишь то, что связано с сексуальной реализацией; наиболее проблемной сферой была субъективная направленность жизни.

Выделены две стадии развития СЗ. *Стадия формирования СЗ* проявляется когнитивно-психологическим диссонансом с доминированием идеаторного компонента патологического влечения, наличием обсессивно-компульсивных включений с последующим преобразованием в мировоззренческий концепт. Облигатные проявления: чувство одиночества, вины, стыда, страха, сексуального транса с состоянием депривации. Рост сексуальной толерантности, фетишизация сексуальной атрибутики, формирование сексуального мифотворчества, признаки личностных девиаций морально-этического круга. Спонтанные ремиссии с сохранением социальных связей. Пациенты сохраняют семью и работу, однако «социальные потери» начинают создавать жизненные проблемы.

На *стадии патологической стабилизации* клинически значимыми становятся синдром отмены, личностная деградация, социальная и семейная дезадаптация. В основе психической составляющей абстинентного синдрома регистрируются раздражительность, агрессивность, конфликтность, поляриность аффекта со снижением критики к опасным последствиям деформации сексуального поведения, сопровождающегося разрушением внутрисемейных отношений. Для физиологической составляющей сексуальной абстиненции характерно обострение хронических соматических заболеваний на фоне астено-невротической симптоматики.

**Вывод.** Несмотря на отсутствие надежных научных данных и доказательной базы, клинические проявления феномена СЗ, а именно – наличие патологического влечения и синдрома отмены, толерантность, аффективные аранжировки, а также деструктивное изменение смысло-жизненных ориентаций и жизненных ценностей с прогрессированием СЗ, свидетельствуют об аддиктивной природе изучаемого феномена. Однако окончательное решение этого вопроса, как и разработка принципов диагностики и лечения СЗ, могут быть осуществлены только на основе результатов контролируемых исследований с высоким уровнем доказательности, которые должны стать гарантией правильности эмпирической научной мысли.

## СПОСОБНОСТЬ К ВОСПРИЯТИЮ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В АСПЕКТЕ ИХ ПСИХОТЕРАПИИ

Маркова М.В.<sup>1,2</sup>, Гапонов К.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Харьковская медицинская академия последипломного образования,

<sup>2</sup> Областной наркологический диспансер, г. Харьков, Украина

**Цель** – анализ способности к восприятию социальной поддержки (СП) у больных алкогольной зависимостью (АЗ).

**Гипотеза** – эффект воздействия СП зависит не только от развития социальных сетей, но и от личностного ресурса его восприятия (чем больше соответствия между уровнем развития социальных сетей и восприятием СП, тем выше эффект).

**Контингент и методы исследования.** Обследовано 120 больных АЗ (F10.24, основная группа, стаж АЗ до 3 лет 29,2%, 4–5 лет 37,5%, 6–9 лет 33,3%) и 50 практически здоровых мужчин (группа сравнения). Уровень СП определяли по шкале MSPS G. Zimet, адаптированной Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским; способность к восприятию СП – с помощью диагностики аффилиативных тенденций (опросник А. Мехрабиана в модификации М. Магомед-Эминова) и уровня алекситимии как качества, полярного аффилиации (шкала TAS).

**Результаты исследования.** Способность человека к восприятию СП обуславливается двумя факторами: наличием ресурса социального окружения с разными уровнями СП и возможностью эту поддержку идентифицировать и принять, что обусловлено комплексом индивидуально-психологических особенностей, обобщенных как «личностный ресурс восприятия СП», зависящий от коммуникационно-эмоциональной компетентности личности (КЭКЛ). В ходе исследования идентифицированы специфические особенности восприятия СП, маркером которой является состояние КЭКЛ, и его отрицательная динамика в зависимости от стажа АЗ.

У всех пациентов с АЗ выявлено истощение дистресс-редуцирующего ресурса личности за счет дисконгруентности аффилиативных тенденций, высокий уровень алекситимии => исходная слабость КЭКЛ с усилением ее нивелирования с увеличением стажа алкоголизации.

Для больных АЗ длительностью до 3 лет характерны: высокий уровень аффилиативных тенденций стремления к принятию и страха отторжения => внутренний конфликт (основа развития зависимого поведения); частичное сохранение влияния «семьи», начало трансформации запроса на поддержку как на «антиресурс», что способствует дальнейшей алкоголизации.

При АЗ 4–5 лет: снижение уровня стремления к принятию, повышение выраженности страха отторжения => внутренний конфликт, депривация аффилиативной потребности; нивелирование влияния «семьи» и «друзей», разрушение просоциальных поддерживающих сетей.

У больных АЗ более 6 лет: значительное снижение стремления к принятию, выраженное усиление страха отторжения => блокировка аффилиации, усиление дезадаптивного стресса; трансформация сети «важных других» в группу партнеров по алкоголизации, замена поддерживающей сети на подавляющую.

**Выводы.** Обоснована необходимость дифференциации применения психотерапевтических воздействий с учетом состояния как отдельных составляющих способности к восприятию СП больных АЗ, так и феномена в целом.

## АНАЛИЗ КРИСТАЛЛОГЕННЫХ СВОЙСТВ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ В ДИНАМИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ АБСТИНЕНЦИИ

Мартусевич А.К.<sup>1</sup>, Жукова Н.Э.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиника «Госпитальер», г. Саратов,

<sup>2</sup>Нижегородский научно-исследовательский институт  
травматологии и ортопедии, г. Нижний Новгород

**Целью работы** служила оценка кристаллогенных свойств сыворотки крови и слюны пациентов в динамике развития алкогольного абстинентного синдрома (ААС).

**Материал и методы исследования.** Нами проведен анализ результата собственного и иницированного 0,9% раствором хлорида натрия кристаллообразования сыворотки крови и смешанной слюны 45 пациентов с ААС на 1–3-и, 4–6-е, 7–9-е и 10–15-е сутки с момента прекращения приема спиртных напитков. Анализ кристаллоскопических и тизиграфических фаций указанных биосубстратов осуществляли в соответствии со стандартным алгоритмом, включающим систему визуаметрических параметров (Мартусевич А.К., Гришина А.А., 2009).

Полученные данные были обработаны в программном пакете Statistica 6.0.

**Результаты исследования.** На основании проведенных исследований установлено, что собственный и иницированный кристаллогенез биожидкостей при ААС претерпевает существенные вариации относительно характерного для здоровых людей. В частности, выявлено, что ранний абстинентный период характеризуется совокупностью негативных изменений кристаллогенной активности биожидкости, в числе которых выраженное ингибирование кристаллогенеза, на что указывает резкое снижение кристаллиземости и индекса структурности в фациях изучаемой биологической среды пациентов по сравнению с высушенными образцами биосубстрата, полученными от практически здоровых добровольцев ( $p < 0,05$ ). Кроме того, в микропрепаратах дегидратированной сыворотки крови рассматриваемых больных наблюдается значительное сужение краевой зоны, что косвенно свидетельствует об уменьшении доли нативных белков в составе анализируемой биожидкости.

Максимальные сдвиги как собственной кристаллогенной, так и иницирующей активности изученных биологических субстратов выявлены в ранний период абстиненции, причем пиковые значения показателей могут регистрироваться отсроченно, на 4–6 сутки после прекращения употребления спиртных напитков. Важно, что даже по завершении наблюдения (на 10–15 сутки абстинентного периода) полной нормализации по многим параметрам не наблюдается.

**Заключение.** В целом, анализируя изменения собственного и иницированного кристаллообразования сыворотки крови и смешанной слюны при алкогольной абстиненции, можно заключить, что

имеющие место при данном патологическом состоянии метаболические сдвиги, приводящие к нарушению физико-химических свойств и компонентного состава данных биологических жидкостей, находят полноценное отражение в морфологии высушенных образцов последних.

## НАЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ ПРИ ОСТРОМ ОПИЙНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ: ТРАДИЦИИ И ПРОБЛЕМЫ

**Масловский С.Ю.**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
ГКУЗ ЛОНД, Санкт-Петербург*

Присутствие нейролептиков (НЛ) в схемах купирования синдрома отмены опиоидов, или острого опиийного абстинентного синдрома (ОАС), традиционно для отечественной наркологии. В большинстве отечественных монографий, в многочисленных научных публикациях и даже в стандарте («Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных» от 28.04.1998) их принято рекомендовать к назначению сплошным списком, без учета степени тяжести ОАС, с полным игнорированием критериев выбора конкретного препарата и оставляя без внимания гетерогенность этой группы препаратов по выраженности и наличию неспецифического седативного эффекта, по выраженности антипсихотического действия и по спектру вызываемых побочных эффектов. В последнее время появилась и диаметрально противоположная позиция – не рекомендовать назначение НЛ в период ОАС вообще. У сторонников этой позиции одним из весомых контраргументов является ссылка на то, что в странах Западной Европы и США НЛ для купирования симптоматики ОАС традиционно не назначаются, что верно только частично. В большинстве стран Западной Европы и США назначение НЛ не входит в официально принятые стандарты/протоколы лечения, которые содержат описание различных способов детоксикации и методов заместительной терапии (клонидин, налтрексон, метадон, бупренорфин и т. д.). Однако изучение эффективности назначения НЛ в период ОАС, начатое Н.Ф. Fraser и Н. Isbell с хлорпромазина еще в 1956 году, продолжается, хотя и в очень ограниченном количестве исследований.

В отечественной наркологии традиционным мотивом для назначения НЛ в период ОАС является стремление подавить патологическое влечение к наркотику. В качестве другой значимой причины назначения НЛ утвердилась необходимость достижения определенного уровня седации с сопутствующей коррекцией поведения и купированием некоторых психопатологических нарушений в структуре ОАС (дисфория, психомоторное возбуждение и т. д.). Оценивая причины и последствия назначения НЛ при ОАС, целесообразно выделить ряд факторов, лимитирующих их назначение: отсут-

ствие терапевтического смысла (когда оптимальный уровень седации уже обеспечен назначением других препаратов – клонидин, анксиолитики, антидепрессанты с седативным эффектом и т. д., а увеличение уровня седации при дополнительном назначении НЛ приводит к ранней выписке из стационара по настоянию пациента); существование риска развития парадоксальных эффектов НЛ в условиях резкого изменения функциональной активности нейроэндокринных систем (например, увеличение суточной дозировки для достижения седации ведет к возникновению или нарастанию психомоторного возбуждения); стремление использовать специфическое антипсихотическое действие НЛ для подавления патологического влечения к наркотику (антипсихотическое действие НЛ развивается только спустя 6–8 недель после их систематического приема, когда о наличии ОАС говорить уже не приходится); назначение классической отечественной схемы купирования ОАС – клонидин, тиаприд, трамадол (дополнительное назначение к тиаприду другого НЛ будет являться полипрагмазией); повышенный риск возникновения побочных эффектов НЛ у пациентов с зависимостью от опиоидов, развитие которых возможно уже в первые дни купирования ОАС (коллаптоидные состояния, состояния спутанности и делирии, экстрапирамидная симптоматика).

## ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ «ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКАМ» КАК НАУЧНЫЙ КАЗУС

**Менделевич В.Д.**

*Казанский государственный медицинский университет,  
г. Казань*

Известно, что развитие наркологической науки и практики в РФ имеет свою специфику, обусловленную ее фактическим существованием вне психиатрии. Доминирующим следует признать процесс психопатологизации наркологических расстройств и применение арсенала антипсихотических средств для лечения болезней зависимостей. Одной из стержневых и определяющих лицо отечественной наркологии считается концепция «патологического влечения» (ПВ).

Ее сутью является причисление клинического феномена ПВ к ассоциативным расстройствам, а не к расстройствам волевой регуляции. Последние публикации в российской научной прессе подтверждают факт о том, что ПВ продолжает рассматриваться как бредовый синдром психотического уровня, диктующий необходимость применения неотложной госпитализации больных наркоманией и использования антипсихотиков для лечения.

Налицо научный казус: если ПВ – это «ошибочное суждение, не поддающееся коррекции и возникающее на болезненной основе» (т. е. бред), то можно предполагать, что пациент ошибочно признает свое влечение к наркотику влечением, и его

поведение определяет лишь идея, не основанная на реальности. Теория психиатрии не может признать данную концепцию обоснованной и корректной.

Исходя из ошибочности отечественной концепции ПВ, строится неадекватная, неэффективная и нарушающая права пациента тактика лечения опиоидной зависимости. В настоящее время основными антикрейвинговыми лекарственными средствами в «Стандартах лечения» в РФ признаны антипсихотики. Однако по данным Кохрейновских обзоров «не имеется никаких научных оснований утверждать, что нейролептики, антидепрессанты или антиконвульсанты способны купировать аддиктивное влечение». Научно обоснованными в мировой наркологии, к примеру, при лечении опиоидной зависимости признаются лишь агонисты и антагонисты опиоидов, первые из которых включены ВОЗ в список «Основных (незаменимых) лекарственных средств».

Таким образом, можно констатировать, что отечественная концепция ПВ к наркотикам с постулатом о том, что влечение является бредовой (сверхценной) идеей, носит характер научного казуса, противоречит канонам психиатрической науки, а использование антипсихотиков следует признать научно необоснованным.

## НЕЙРОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ: РОЛЬ ЦИТОКИНОВ

**Мещеряков А.Ф.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
НИИ нормальной физиологии имени П.К. Анохина РАМН,  
Москва*

Предрасположенность к формированию зависимости от психоактивных веществ связана со специфичностью так называемой «метаболической памяти», которая фиксирована в геноме и создает определенный уровень активности межклеточных мессенджеров.

**Цель исследования** состоит в анализе нейробиологических механизмов, лежащих в основе трансформации биологического влечения в специфическую патологическую зависимость.

Полученные экспериментальные данные показывают, что на уровне нейронов гипоталамических структур мозга происходит качественная оценка характера подкрепления. Цитокины – интерлейкин-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) и интерлейкин-4 (IL-4) – принимают в этих процессах непосредственное участие, изменяя активность нейронов. Микроионофоретическое подведение в перинеуронное пространство IL-1 $\beta$  сопровождается снижением частоты и регуляризацией импульсной активности нервных клеток гипоталамуса. Развитие зависимости от психоактивных веществ (морфина, кокаина, этанола) сопровождается изменениями функциональной значимости IL-1 $\beta$  для нейронов латерального гипоталамуса. В то же время их чувствительность к IL-4, при формировании зависимого поведения не изменяется.

Каскад перестроек в пептидных и медиаторных системах мозга характеризует формирование зависимого поведения от психоактивных веществ. Повторяющееся воздействие психоактивных веществ, обладающих высоким положительным подкрепляющим (эйфоригенным) потенциалом (кокаин, морфин, этанол), на нервные клетки мозга приводит к изменениям мембранных комплексов нервных клеток. Это может являться причиной реорганизации чувствительности нейронов к IL-1 $\beta$ .

Полученные данные дают основание предположить, что IL-1 $\beta$  принимает непосредственное участие в нейробиологических механизмах трансформации естественных биологических мотиваций во влечение к психоактивным веществам.

## ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ АДДИКЦИЯМИ, В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

**Миназов Р.Д.**

*Клиника Инсайт, г. Казань*

В лечении пациентов с расстройствами личности, отягощенными аддикциями, врач сталкивается с многочисленными трудностями. Например, пациента сложно удержать на лечении, поскольку высока вероятность рецидива зависимости. Именно поэтому на первой консультации важно провести не только мотивационное интервью, но и полноценную семейную сессию с участием всех ее членов. Целью этой консультации является заключение психотерапевтического контракта. После присоединения и создания альянса происходит обсуждение семейного диагноза с постановкой гипотез относительно факторов хронификации заболевания «идентифицированного пациента». Важно выявить членов семьи, проявляющих наибольшее сопротивление, поскольку они, наряду с пациентом, будут являться мишенью для индивидуально-раскрывающей аналитической психотерапии, направленной на преодоление патологической созависимости. Построение плана лечения является важным заключительным этапом семейного интервью. Обсуждение длительности лечения и периодичности сессий позволяет разбить мифы семьи относительно возможности краткосрочного разрешения данной проблемы.

Наряду с психотерапией целесообразно назначение фармакотерапии для купирования психопатологической симптоматики (преимущественно антидепрессантами). Это особенно важно, если есть установка пациента или родственников – «лечение настоящее, когда врач назначает лекарства». Наиболее популярным запросом родственников пациентов при лечении аддикций является проведение гипнотерапии с внушением отвращения к объекту зависимости. В случае если вера в этот метод сильна, важно, параллельно с индивидуальной и семейной психотерапией, включить в лечебный план на на-

чальном этапе трансовые методики для поддержания устойчивого психотерапевтического альянса.

Включение пациентов в психотерапевтическую группу, преимущественно экзистенциально-гуманистического направления, позволяет ускорить лечебный процесс при условии отсутствия противопоказаний, таких как нарциссическое расстройство личности, психотическое состояние. Балинтовская группа или иные способы супервизии работы врача позволяют выявить его ошибки и трудности в работе с данным контингентом, что является ресурсом для развития навыков психотерапевта.

### **МОТИВАЦИЯ АЛКОГОЛИЗМА: КЛИНИКО-НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ**

**Минков Е.Г.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

Достигнуты определенные результаты в понимании нейробиологии мотивации алкоголизма. Получены данные (требующие дальнейшего подтверждения), что склонность некоторых лиц после первых проб алкоголя к его частому употреблению обусловлена специфическими особенностями в функционировании у них определенных мозговых модулей. Эти модули обеспечивают выбор поведения на основании оценки интенсивности ожидаемого удовольствия при его удачном выполнении и контроль за этим выполнением. Они локализованы в префронтальной коре (ПФК), поясничной коре, а также в ряде подкорковых структур. На психологическом уровне указанные особенности мозговых модулей проявляются ранее описанной нами «латентной селективной мотивационной недостаточностью» (ЛСМН).

Обусловленное ЛСМН хроническое воздействие алкоголя на мозг индуцирует нейроадаптации (НАд) в чувствительных к его действию нейротрансмиттерных системах (НТС). Эти НАд обеспечивают «нормальную» работу НТС при интоксикации и коррелируют с симптоматикой алкоголизма. Так, как только сформировались НАд в глутамат- и ГАМК-ергических системах, при прерывании приема алкоголя развивается синдром отмены (СО), в частности особая форма острого влечения к алкоголю (в виде стремления к облегчению состояния). Долгосрочные НАд в указанных НТС определяют повышенный тонус ЦНС, возбудимость, а также гипогедонию в периоды воздержания от алкоголя. НАд в дофаминергической системе ведут к ее стойкой гипофункции, а проявляются влечением к алкоголю (в форме острого желания получить удовольствие) после приема небольшой его дозы и при восприятии большим стимулов, ассоциированных с алкоголем, а также гипогедонией в периоды воздержания от алкоголя и дисфорией во время СО. НАд в нейромодуляторной системе кортикотропин-рилизинг-фактора опосредствуют выраженность влечения к алкоголю (в виде

стремления к успокоению) при наличии стрессовых ситуаций, а также вносят вклад в формирование СО.

В формировании мотивационных нарушений при алкоголизме значительную роль играют сдвиги в других НТС (5-НТ, опиатергической, системе нейрорептида Y, эндоканнабиноидной и др.), но знания об их роли пока менее определены.

Также показано участие в реализации аддиктивного поведения алкоголь-индуцированной дисфункции нервных структур ПФК, обуславливающих нарушения способности выбора большим адекватного поведения и торможения импульсивных поведенческих тенденций.

### **ПОДХОД К РЕГИОНАЛЬНОМУ АНАЛИЗУ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ**

**Мирошниченко Л.Д., Рыбакова Л.Н.,**

**Мирошниченко Е.Л.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

Динамика наркологической ситуации в стране носит волнообразный характер как в целом по стране, так и в каждом регионе. Примечательно, что на региональном уровне волны складываются в различные профили согласно местным условиям. Они не всегда повторяют «среднюю температуру по стране». Интерес вызывает соотношение графиков развития алкогольной и наркотической зависимостей в отдельно взятых регионах. В силу сложности и комплексности формирования эпидемиологической ситуации по наркологическим заболеваниям анализ региональных аспектов все еще не получил достойного внимания, он ограничен пока описанием в контексте кандидатских диссертаций.

Принято считать, что эпидемиологические волны в регионах связаны с качеством наркологической помощи (доступность, результативность), с работой правоохранительных органов (выявление наркопотребителей, пресечение наркоторговли и т. п.), с масштабом и глубиной профилактических мероприятий. Иногда для объяснения различий по наркомании используют геополитические аргументы (наркотрафик) либо культурные традиции в определенных популяциях.

Авторы попытались изучить связь между характеристиками наркологической ситуации и социальным самочувствием населения, чтобы проверить распространенное утверждение: якобы население обращается к наркотикам и алкоголю от безделья (безработицы, незанятости) и безысходности, с целью заглушить чувства разочарования, апатии, недовольства, протеста. Для этого были использованы эпидемиологические данные (отделение эпидемиологии Национального научного центра наркологии МЗ, рук. Е.А. Кошкина) и результаты масштабного социологического исследования 2007–2011 годов (сектор региональной социологии Института социологии РАН, рук. В.В. Маркин).

Аналитическим путем мы связали социологические показатели удовлетворенности населения пятью аспектами жизни в единую оценку уровня жизни в регионе. Наша оценка количественных показателей учитывала их динамику за пять лет исследования. Получилась довольно пестрая картина, из которой были выбраны наиболее яркие и достаточно однозначные примеры.

Параллельно были сгруппированы эпидемиологические данные в этих регионах. При оценке тяжести региональной ситуации по алкоголизму и наркомании мы приняли в расчет показатели болезненности и заболеваемости, а также характер их динамики за последние 10 лет. Для оценки уровня алкоголизма учитывались также показатели заболеваемости алкогольными психозами и их доля в заболеваемости алкоголизмом. Далее были сопоставлены два ряда обобщений в виде матриц.

В результате были выявлены самые различные варианты сочетаний тяжести наркологической ситуации (объективная характеристика) с оценками уровня жизни (субъективная характеристика). Эта методика анализа позволяет изучить связь между стремлением больших групп населения к опьянению алкоголем или наркотиками и досуговой обустроенностью территории (инфраструктура отдыха, транспортные связи и т. д.). Она дает возможность изучать альтернативные и дополнительные варианты сосуществования ярко выраженных уровней злоупотребления алкоголем и наркотиками. Были выделены регионы, где повышенная удовлетворенность основными параметрами жизни сочетается с самыми высокими уровнями заболеваемости наркоманией или с очень высоким уровнем алкоголизма и низким – наркомании. Эти данные ярко проявляют, на наш взгляд, различия в мотивах обращения к алкоголю и к наркотикам. На этой основе складываются, в частности, рекомендации по раздельной профилактике пьянства и наркомании.

Разработанная нами методика регионального анализа проходит стадию апробации. Есть основания считать, что она обладает хорошим потенциалом эвристической ценности и может быть использована для разработки дифференцированных профилактических стратегий при организации наркологической помощи с учетом местных особенностей.

### **ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ ВНЕ СЕМЬИ**

**Можаров Н.С., Тараканова Е.А.,  
Поплавская О.В.**

*Волгоградский государственный медицинский университет  
МЗСР РФ, г. Волгоград*

Одной из серьезнейших проблем современного российского общества является устойчивая

тенденция к нарастанию числа детей-сирот и, в частности, социальных сирот (при живых родителях), значительная часть которых оказывается переданной на воспитание в государственные учреждения различного вида.

Отчужденное отношение близких к ребенку порождает у него чувство страха, состояние сильной тревоги, беспокойства, душевного смятения.

Тревожный ребенок становится социально дезадаптированным, и поэтому он уходит в свой внутренний мир. С одной стороны, тревога является частью нашей жизни и свойственна всем людям, но тревога может спровоцировать такой патологический вид поведенческой защиты, как аутоагрессивное поведение. Формами такой защиты могут становиться различные виды негативных зависимостей.

Проблема профилактики аддиктивного поведения сама по себе очень непростая, а среди детей, воспитывающихся вне семьи, усложняется еще и трудностями в их психическом и личностном развитии. В этих случаях возможна психотерапевтическая помощь по методу символдрамы (работы с образами). Характерной особенностью символдрамы является предложение пациенту некоторой темы для кристаллизации его образной фантазии – так называемого мотива представления образа. С психологической точки зрения, символдрама – это проективный метод.

Индивидуально психотерапевтическая работа осуществлялась с 18 подростками с различными проявлениями аддиктивного поведения, воспитывающимися вне семьи.

Психотерапевтическая работа включала 8 сеансов, по 50 минут, с частотой 2 раза в неделю. 8 сеансов представляют собой терапевтический минимум для осуществления заложенной в методику терапевтической программы.

В качестве мотивов применялись стандартные мотивы, предложенные Х. Лейнером:

1. Луг, как исходный образ каждого психотерапевтического сеанса;
2. Подъем в гору, чтобы увидеть с ее вершины панораму ландшафта;
3. Следование вдоль ручья вверх или вниз по течению;
4. Обследование дома;
5. Встреча со значимым лицом (мать, отец, братья и сестры, кумир, учитель и т. д.) в реальном или символическом облачении (в образе животного, дерева и т. п.);
6. Наблюдение опушки леса и ожидание существа, которое выйдет из темноты леса;
7. Лодка, появляющаяся на берегу пруда или озера, на которой ребенок отправляется покататься;
8. Пещера, которую сначала наблюдают со стороны в ожидании, что из нее выйдет символическое существо, и в которую, по желанию ребенка, можно также войти, чтобы в ней побыть или чтобы исследовать ее глубины



Исследование показало, что в результате проведенной психотерапии у детей произошли положительные психологические изменения: снизился уровень агрессивности, повысились их коммуникативные способности. Это позволяет говорить об эффективности оказываемой помощи, что будет способствовать всесторонней психосоциальной адаптации детей и профилактике аддиктивного поведения.

## ХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ В МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

**Мозговая Т.П.**

*Харьковский национальный медицинский университет,  
 г. Харьков, Украина*

Ранняя диагностика и организация реабилитационно-профилактических мероприятий аддиктивного поведения у подростков в настоящее время имеет большое значение, поскольку начало употребления психоактивных веществ наиболее часто отмечается в подростковом возрасте.

**Цель исследования.** Определение роли аддикций в формировании расстройств поведения у подростков.

**Материал и методы исследования.** Данная работа является фрагментом комплексного исследования, в процессе которого было обследовано 202 подростка мужского пола в возрасте 11–15 лет, госпитализированных в психиатрический стационар по поводу расстройств поведения (клиническая группа); 56 «проблемных» школьников, отклонения поведения у которых не достигали диагностических критериев расстройств поведения, и 49 подростков – группа сравнения. В работе использован комплекс диагностических методов, и в том числе клиничко-психопатологический и метод математической статистики.

**Результаты и их обсуждение.** В общей структуре полученных результатов у обследованных подростков были выявлены следующие аддикции: курение, употребление алкогольных напитков и вдыхание паров клея «Момент», при этом клиничко-психопатологические особенности аддиктивного поведения свидетельствовали о том, что употребление психоактивных веществ наиболее часто отмечается у подростков с тревожно-депрессивным синдромом – 65,00% и у подростков с психопатоподобным синдромом – 50,94%; в 46,15% случаев аддикции наблюдались у подростков с астено-абулическими проявлениями и в 30,00% – с астено-невротическими. У «проблемных» школьников и подростков группы сравнения курение отмечалось в 14,29% и 2,00% случаев соответственно; употребление алкогольных, токсических и наркотических веществ не наблюдалось.

В структуре выявленных посредством дисперсионного анализа показателей прогностического коэффициента среди прочих значился фактор аддикций, сила влияния и значимость которого в группе «проблемных» школьников (8,451 ед.; 4,0 ед.; 97,5%) существенно преобладали по сравнению с показателями подростков клинической группы (2,640 ед.; 0 ед.; 93,6%).

**Выводы.** Химические аддикции у подростков имеют клиничко-психопатологическую специфику; являются маркером неблагоприятного прогноза формирования расстройств поведения у подростков; в структуре патогенетических механизмов играют роль катализатора в организующем расстройстве поведения процессе.

Полученные результаты свидетельствуют о функциональных нарушениях неспецифических систем мозга, обеспечивающих адаптивное поведение.

## О МЕТОДЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

**Москвитин П.Н.**

*Государственный институт усовершенствования врачей,  
 г. Новокузнецк*

**Введение.** Используемые для достижения целей профилактики методы санитарного просвещения, информационные подходы и отдельные психотерапевтические приемы зачастую являются лишь симптоматическими, элиминирующие за счет негативной мотивации на какое-то время ряд провоцирующих личностно-психологических компонентов, определяющие риск возникновения зависимости от ПАВ. Это может обеспечить определенную успешность у части подростков, но без глубокой проработки проблем на личностном, экзистенциальном и духовном уровнях (верования и убеждения, идентичность и персональная миссия) позволяет добиться зачастую лишь неустойчивых навыков противодействия давлению аддиктивной микросоциальной среды.

**Метод:** разработан личностно-ориентированный метод первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ «профилактическая позитивная психодрама». Метод осуществляется в форме психодраматического тренинга, имеющего ролевой сценарий и паузу «стоп-действие», которая наполняется «позитивным советом» – психотерапевтическим диалогом ведущего с группой в экзистенциально-гуманистических традициях. Через процессы психодраматической личностной трансформации, инсайт, катарсис, идентификацию, отыгрышание через действие, ролевое научение и др. это позволяет восполнить когнитивную и поведенческую сферы личности, активизировать внутренние эмоциональные ресурсы и направить их на позитивную мотивацию у подростков, формирующую осознанные навыки по отказу от опыта употребления наркотиков и выработки «стратегии трезвости и здоровья».

**Результаты.** Клинико-катамнестический анализ эффективности разработанного метода личностно-ориентированной профилактики позволяет с высокой степенью достоверности констатировать снижение уровня аддиктивной мотивированности, что сопровождалось снижением невротизации у подростков в экспериментальной группе с возрастанием количества оптимистичных, жизнерадостных, спокойных подростков и уменьшением числа раздражительных, беспокойных и невротизированных школьников в сравнении с контрольной группой в девятом классе  $t=2,619$ ,  $p=0,01$ ; в десятом классе  $t=2,004$ ,  $p=0,047$ , где значение  $t$  при уровне  $\leq 0,05$  равно 1,98; в контрольной группе статистически значимого изменения уровня невротизации не наблюдалось. За время проведения тренингов по разработанному методу количество школьников с низким уровнем «самооценки состояния психосоматического здоровья» в экспериментальной группе уменьшилось на 16,5% ( $t=2,367$ ;  $p=0,019$ ), в контрольной группе наблюдался рост числа таких подростков, что говорит об эффективности экзистенциально-гуманистической модели профилактики.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ТРОПИКАМИДОМ

Мохначев С.О., Рохлина М.Л., Усманова Н.Н.

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

**Материал исследования:** 42 больных, проходившие стационарное лечение в клинике ФГБУ ННЦ Наркологии, 27 человек, употреблявших Тропикамид в сочетании с героином, 15 в сочетании с психостимуляторами амфетаминового ряда.

**Результаты:** интоксикация при в/в введении Тропикамида сопровождалась ощущением легкости, трудностью держаться на ногах, беспокойством, сухостью кожных покровов и слизистых, нарушением тактильной чувствительности, наплывом истинных зрительных и слуховых галлюцинаций при употреблении высоких доз (10 мл 1% раствора в/в), утратой количественного контроля и выраженным стремлением продолжить употребление именно Тропикамида.

При сочетании героина с Тропикамидом в/в в одном шприце или поочередно можно отметить усиление 1-й фазы опийной интоксикации, при этом выявлялось укорочение действия основного наркотика (героина) в два раза, что приводило к существенному учащению инъекций. В клинической картине синдрома отмены выявлялось преобладание психопатологической симптоматики над болевой и вегетативной, утяжеление аффективных расстройств.

Сочетанное употребление Тропикамида и психостимуляторов приводило к резкому истощению. При этом также выявлялось усиление «прихода» от стимуляторов и выявлялась психотическая

симптоматика в виде бреда преследования. На 6–7 сутки с высокой частотой развивалось гипоманиакальное состояние с психопатоподобным поведением. У таких пациентов были выявлены высокая толерантность к проводимой терапии и длительно сохраняющиеся (более 30 суток) психопатологические расстройства.

**Заключение.** При все более часто встречающемся сочетанном употреблении наркотиков и Тропикамида отмечается быстрый переход к самостоятельному злоупотреблению, быстрый рост толерантности за счет увеличения кратности приема, компульсивное влечение к Тропикамиду в интоксикации и утрата количественного контроля. Обращает на себя внимание, что Тропикамид усиливает начальное действие героина и амфетаминов, но значительно сокращает длительность эйфории, что приводит к резкому увеличению кратности инъекций. В структуре опийного абстинентного синдрома преобладают психопатологические расстройства, что следует учитывать при выборе соответствующей терапии. У таких пациентов отмечается высокая толерантность к психофармакологическим препаратам.

### ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ – ВОЗВРАТ К ЕДИНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Мрыхин В.В., Перехов А.Я.

*ГБОУ ВПО РостГМУ МЗСР РФ, г. Ростов-на-Дону*

Выделение наркологии в качестве отдельной специальности произошло в СССР по социальным механизмам и, возможно, на определенном этапе даже было оправдано, так как акцентировало внимание на нарастающих проблемах химической зависимости у населения. Но, к сожалению, комплектация наркологической службы кадрами часто осуществлялась за счет врачей, не состоявших в своей специальности и не обладавших нужным профессионализмом. Методологические основы наркологии не отработаны в достаточной степени по настоящее время. После выявления в последние годы общих клинических и патогенетических аспектов химических и нехимических зависимостей, традиционно рассматриваемых в рамках психиатрии, разумным является возврат наркологии в состав психиатрии. Зависимости, практически всегда отягощенные поведенческими нарушениями, имеют не только общие социальные, но и биологические (в том числе и генетические) предпосылки, имеют тесное сродство с классическими психическими нарушениями: аффективными и личностными. Большая часть химических зависимостей коморбидна с разнообразными психическими расстройствами, часто возникает по симптоматическим механизмам. Наркологи не имеют возможности полноценно лечить не только психотические формы шизофрении, БАР, эпилепсии, но и аффективные, психогенные расстройства и т. д. Декларируемый «бригадный подряд» (нарколог –

психиатр – психотерапевт – психолог – социальный работник) является громоздким и неработающим. Возможное создание вместо наркологии «аддиктологии» будет методологически неверным, так как будет включать поведенческие нарушения, не имеющие прямого отношения к психиатрии, например противоправные, или злоупотребления психоактивными веществами без признаков зависимости, что может превратить «аддиктологию» в общеповеденческую, бихевиоральную науку, методологические основы которой не будут совпадать с методологией клинического подхода. Наркологией должны заниматься квалифицированные психиатры, знающие и общую психиатрию, и клинику зависимостей. Мировой опыт и неудовлетворительные в целом результаты работы наркологической службы в РФ являются лучшими аргументами для возврата наркологии в лоно психиатрии. Тем паче, что в ряде регионов сложилась катастрофическая ситуация в области укомплектованности наркологической службы врачебными кадрами, так как сначала врач должен получить базовую подготовку по психиатрии, и его путь в наркологию является и долгим, и зачастую затратным. Объединение этих специальностей в одну могло бы решить эти проблемы.

### ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Мусабекова Ж.К.

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании,  
г. Павлодар, Республика Казахстан

Результаты выборочного исследования 52 человек с применением опросника уровня психологического здоровья (авторский коллектив, РНПЦ МСПН, Павлодар) и методики диагностики склонности к различным зависимостям (автор Лозовая Г.В.) показывают взаимосвязь наличия дефицитов психологического здоровья с рисками вовлечения в нехимические (психологические) зависимости у лиц с химической зависимостью.

Существуют различные взгляды на этиологические (причинные) модели химических и психологических зависимостей. Исторически исследована и более подробно описана зависимость от ПАВ, закономерной представляется попытка перенесения знаний о химической зависимости на зависимость психологическую. Важно рассматривать индивида с позиции «аддиктивной уязвимости», которая понимается как совокупность врожденных и/или приобретенных (наследственных, биологических, психологических и психопатологических факторов), способствующих низкой сопротивляемости и облегченному формированию той или иной формы зависимого поведения у индивида. Проблема взаимопроникновения, взаимовлияния и «перекрестно-

го» вовлечения в разного вида зависимости, будь то химическая или психологическая, является темой обсуждения настоящей действительности (Катков А.Л., 2011). Общеизвестно, что при прекращении одного поведенческого паттерна зависимого поведения, например во время воздержания от употребления ПАВ, клиент с легкостью приобретает к другому виду: игровой, азартной, религиозной, вплоть до вовлечения в сектантство, террористические группировки и т. п.

В исследовании принимали участие клиенты с верифицированным диагнозом химической зависимости (F10–19, МКБ-10, 1994), проходящие лечение в отделении психотерапии и реабилитации РНПЦ МСПН. Общий размер выборки в исследуемой популяции составил 52 человека. Было выявлено по результатам исследования, что клиенты, имеющие химическую зависимость, имеют ярко выраженный риск по вовлечению в психологические зависимости, в частности по телевизионной, любовной, религиозной, в целом общая склонность к вовлечению оказалась в пределах среднего риска.

### ПОДКРЕПЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ КОКАИНА У МЫШЕЙ С ДЕФИЦИТОМ КАТЕХОЛ-О-МЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ

Мус Л.В.<sup>1</sup>, Драволина О.А.<sup>1</sup>, Беспалов А.Ю.<sup>1,2</sup>,  
Каенмяки М.<sup>3</sup>, Талка Р.<sup>3</sup>, Салминен О.<sup>3</sup>,  
Туоминен Р.К.<sup>3</sup>, Мяннисто П.Т.<sup>3</sup>, Звартау Э.Э.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Институт фармакологии им А.В. Вальдмана, Санкт-Петербург

<sup>2</sup> Отдел нейронаук, Эбботт, Людвигсхафен, Германия

<sup>3</sup> Университет Хельсинки, факультет фармакологии и токсикологии, г. Хельсинки, Финляндия

Катехол-О-метилтрансфераза (КОМТ) катализирует О-метилирование катехоламинов и их гидроксилированных метаболитов. Было показано, что снижение активности КОМТ в мезокортико-лимбической системе «наград» мозга (*Val158Met* полиморфизм) у людей может быть ассоциировано с повышенным риском развития наркотической зависимости, в частности зависимости от кокаина.

Целью настоящего исследования было изучение влияния выключения гена, ответственного за экспрессию КОМТ, на первично-подкрепляющее действие кокаина в условиях внутривенного самовведения у мышей.

Исследование выполнено на самцах мышей C57BL/6J с выключенным геном КОМТ (КО; n=15) и дикого типа (WT; n=15). Через 7 дней после имплантации катетеров в яремную вену животных обучали выглядывать в отверстия оперантной камеры за получение подкрепления в виде инфузии кокаина (0,3 мг/кг на инфузию; режим фиксированного соотношения (FR3) с тайм-аутом 30 с). После выработки внутривенного самовведения исследовали его выраженность в зависимости от дозы кокаина (0,03; 0,1; 0,3; 1 и 3 мг/кг на инфузию) с использованием

режимов FR3 и возрастающего соотношения (PR) с тайм-аутом 30 с. Максимальное количество инфузий кокаина, получаемых за одну экспериментальную сессию, было ограничено критерием предельно допустимой дозы (30 мг/кг).

Было выявлено, что в диапазоне исследуемых доз кокаин поддерживает сопоставимый уровень самовведения у КО и WT мышей в каждом из режимов подкрепления. Не было обнаружено значимых различий и в финальных значениях количества выглядываний, требующихся для получения подкрепления (*break point*). В связи с тем что ограничение максимально возможной получаемой дозы кокаина могло повлиять на «оперантный выход», были проанализированы выглядывания в течение 30 минут в начале экспериментальных сессий, дающие представление об уровне чувствительности животных к подкрепляющему действию кокаина. Однако детальная оценка «временной развертки» поведения животных также не выявила отличий чувствительности к кокаину мышей с выключенным геном КОМТ и мышей дикого типа.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что индивидуальные различия в активности КОМТ не влияют на первично-подкрепляющие эффекты кокаина у мышей. Это согласуется с ранее полученными данными об отсутствии различий чувствительности к амфетамину у мышей с выключенным геном КОМТ и мышей дикого типа. В сочетании с противоречивыми результатами клинических исследований роли *Val158Met* полиморфизма в предрасположенности к развитию наркотической зависимости не дает оснований считать уровень экспрессии КОМТ решающим фактором для развития зависимости от кокаина.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕСТОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЙ

Мусалимова Р.С., Ахмадеев Р.Р.

Башкирский государственный педагогический университет  
им. М. Акмуллы, г. Уфа, Республика Башкортостан

Тест-опросник, разработанный К. Янг еще в 1994 году для выявления интернет-зависимости (ИЗ), положил начало исследованиям интернет-аддикций и получил широкое распространение в различных модификациях. С тех пор проблема ИЗ приобрела практически повсеместный характер и обозначила совершенно новые аспекты для изучения этого явления, что в свою очередь диктует необходимость разработки адекватных и эффективных методов оценки ИЗ. Данная работа посвящена краткому анализу тестовых методов оценки ИЗ.

Если по краткому тесту К. Янг, состоящему из 8 вопросов, ИЗ считался тестируемый с суммой баллов 5 и более, то впоследствии были разработаны более точные оценочные шкалы. Так, в отечественной психофизиологии достаточно широко исполь-

зуется тест К. Янг, адаптированный В.А. Буровой, который включает 20 вопросов и позволяет получить уже количественную оценку ИЗ: 20–49 баллов соответствуют уровню обычного пользователя Интернета, который умеет себя контролировать; 50–79 – наличие некоторых проблем, связанных с чрезмерным увлечением Интернетом; 80–100 – можно предположить наличие значительных проблем в связи с использованием Интернета.

Практический интерес для образовательной сферы представляет тест Кулакова С.А. (2004), разработанный с учетом возрастных особенностей, в частности его опросник рассчитан на выявление ИЗ у взрослых и детей. Особенность теста для детей в том, что он предостерегает родителей о вероятности развития ИЗ.

Еще более разработанным является опросник «Восприятие Интернета» Е.А. Щепиловой, включающий уже 67 вопросов по 12 шкалам, сгруппированным по «факторам зависимости», «особенностям восприятия Интернета» и «последствиям зависимости». Очевидно, что преимуществом этого теста является более детальное изучение психофизиологических особенностей ИЗ.

Из большого количества зарубежных методов тестирования отметим тест Чена (2003), позволяющий диагностировать наличие или отсутствие ИЗ, а также качественно определить выраженность тех или иных симптомов, характеризующих структуру зависимого поведения. Тест состоит из 26 вопросов и включает в себя 5 оценочных шкал и 2 надшкалы.

Рассмотренные методики являются сравнительно простыми, не требуют использования специальной аппаратуры, но в то же время позволяют проводить массовые исследования и дают возможность для интерпретации особенностей интернет-зависимого поведения.

## О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Назыров Р.К., Зубова Е.Ю.,  
Ляшковская С.В., Федоряка Д.А.

ФГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург

Отдавая должное специфическим средствам профилактики зависимостей, разрабатываемых в наркологической практике, необходимо в большем объеме использовать ресурс отечественной психотерапевтической службы, не имеющих аналогов в других странах. Практически все современные концепции психотерапии зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), основываются на принципах добровольности, а также индивидуального, точнее личностного подхода, комплексности и предполагают отказ от употребления ПАВ. Ис-

пользование бригадных форм взаимодействия специалистов, включающих в себя различные методы и формы психотерапии, позволяет достичь стойкой ремиссии. При этом при проведении психотерапии с такими пациентами предполагается включение в бригаду специалистов врача психиатра-нарколога, а при оказании наркологической помощи – врача-психотерапевта. Однако, как показывает опыт, при планировании лечебных и реабилитационных программ, врачами-наркологами зачастую даже не предполагается привлечение к сотрудничеству врача-психотерапевта, а, учитывая необходимость коррекции поведения пациентов, психотерапевтическая помощь подменяется «замещающими» психотерапией мероприятиями – образовательными, трудовыми, эстетическими и духовными. А между тем каждый шестой – восьмой больной с зависимостью от ПАВ (12-15%) первоначально обращается именно за психотерапевтической помощью.

Лечебно-реабилитационная стратегия и тактика ведения больного должна строиться с учетом как патогенетических механизмов формирования зависимости от ПАВ, так и с учетом психологических (или психопатологических) особенностей аддиктивной личности.

Первичная профилактика зависимости от ПАВ реализуется при первичном обращении к врачу-психотерапевту семьи потенциального больного.

Вторичная профилактика зависимостей реализуется привлечением психотерапевтических подходов на каждом этапе лечебно-реабилитационных программ. На адаптационно-диагностическом этапе и этапе пред-реабилитационных мероприятий крайне важной мишенью психотерапии является поддержание и повышение мотивации больного на преодоления абстинентного синдрома. Психотерапия данного периода так же направлена на преодоление и снижение болевого синдрома. Для достижения данной цели, а так же для потенцирования фармакотерапии, после установления психотерапевтического контакта, возможно применение различных вариантов суггестии и вооруженного внушения, а также современных вариантов комплаенс-психотерапии.

Постабстинентный период, характеризуется закономерной сменой физиологических синдромов и симптомов на симптомы и синдромы психопатологического характера – появлением депрессий различной глубины и структуры, неконтролируемого влечения к ПАВ, астеническим явлениями, нарушениями сна. Именно эти проявления часто являются причиной рецидивов. Мишенями психотерапии данного периода являются неадаптивные механизмы совладания со стрессом, семейные, межперсональные, профессиональные сложности, а также помощь в определении новых личностных целей. Используются методики когнитивно-поведенческой, семейной и экзистенциальной психотерапии.

Для формирования стойкой ремиссии и предотвращения рецидивов, необходим комплекс пси-

хотерапевтических мероприятий направленных не только на симптоматическое лечение и изменение личности зависимого, но и на его ресоциализацию. Это предполагает разработку индивидуальных психотерапевтических программ, основанных на принципах клинической психотерапии, обеспечивающих каждого больного эффективным комплексом лечебных средств из арсенала различных психотерапевтических моделей с учетом его индивидуальной и нозологической специфики, а также особенностей микро- и макросоциального функционирования.

Таким образом, активное привлечение ресурса психотерапевтической помощи сможет повысить качество первичной и вторичной профилактики болезни зависимости.

## СЕМЕЙНЫЕ СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ И АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ МУЖСКОГО ПОЛА

Наконечная Е.А., Копытов А.В.,

Ситько Л.З., Копытов Д.А.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь*

Из многочисленной литературы по психологии развития известно, что родительские методы воспитания оказывают важные и устойчивые эффекты на детей и что тип эмоционального климата, который создают родители, может оказывать существенное влияние на поведение детей. Существует относительно немного работ, исследующих роль воспитания в алкогольных семьях и их отношения к детским проблемам.

**Цель исследования:** определение роли семейных стрессовых факторов в формировании алкогольной зависимости (АЗ) у подростков и молодых людей мужского пола.

**Характеристика выборки.** В исследовании участвовали 610 человек мужского пола. Общая выборка состояла из нескольких групп. Основная группа (ОГ) – 397 субъектов мужского пола РБ с АЗ. Контрольная группа (КГ) – 213 сверстников без проблем с алкоголем. Критерии исключения: пациенты с острыми и хроническими соматическими заболеваниями, выраженной депрессивной симптоматикой на момент исследования, выраженными когнитивными нарушениями, другие расстройства, препятствующие выполнению заданий, отказ от участия в исследовании.

**Методы исследования.** Диагностика АЗ и злоупотребления производилась в соответствии с критериями МКБ-10, теста AUDIT, Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения, версия 2.3-3.01.2001.

Статистическая обработка с использованием SPSS 17.0 и он-лайн «Calculator for confidence intervals of odds ratio». Статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В ходе проведенного исследования установлено, что среди субъектов подросткового и молодого возраста, страдающих АЗ, больше лиц, имевших в детстве контролирующие и безразличные отношения со стороны родителей. На формирование АЗ также существенное влияние оказывают особенности семейного воспитания: жестокое обращение и физические наказания, модели алкогольного поведения родителей; конфликтные отношения с родителями и недостаточное внимание с их стороны ( $p < 0,05$ ). В психокоррекционных мероприятиях следует уделять существенное внимание коррекции внутрисемейных отношений; наличие дружеских и доверительных семейных отношений в семье при редком употреблении спиртного способствует воспитанию гармоничной личности, которая имеет значительно меньше тенденций к аддиктивному алкогольному поведению.

## **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ И ИММУННОЙ СИСТЕМ ПРИ АДДИКЦИИ**

**Невидимова Т.И., Бохан Н.А.,  
Батухтина Е.И., Ветлугина Т.П.**

*Научно-исследовательский институт психического здоровья  
СО РАМН, г. Томск*

*Работа поддержана грантом РГНФ  
12-06-00673*

Накопленные в литературе данные свидетельствуют о взаимосвязи между аддиктивными и сенсорными расстройствами, а также между обонятельной и иммунологической дисфункцией.

**Целью исследования** было изучить особенности функционирования обонятельной и иммунной систем у лиц на разных стадиях формирования расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и выявить возможные биологические факторы предрасположенности к возникновению наркотической зависимости.

Иммунологическими и психофизиологическими методами обследовано 288 человек в возрасте от 16 до 28 лет: пациенты (шифр F11.2), здоровые добровольцы и лица группы риска. Исследование обоняния проводили с помощью Пенсильванского теста, некоторых одорантов и визуально-аналоговой шкалы.

Установлено, что один из одноатомных спиртов алифатического ряда потенциально может применяться с прогностическими целями. У лиц с синдромом зависимости от опиоидов реже встречалась аверсивная реакция на него по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ), группа риска занимала промежуточное положение. Наркологические пациенты с отсутствием аверсии на исследуемый одорант (60,4% случаев) характеризовались наиболее выраженными лабораторными признаками воспаления и иммунного дисбаланса.

Во всех трех исследованных группах отсутствие аверсии на данный одорант сопровождается клиническими признаками иммунологической недо-

статочности и/или лабораторными признаками снижения иммунологических функций, сочетающимися с повышением уровня кортизола. При этом лица из группы риска и контрольной группы без аверсии на одорант характеризуются более высоким уровнем тревожности, потребности в поиске ощущений, сенсорной стимуляции. Можно предположить, что признаки недостаточности ольфакторных и иммунологических защитных реакций в комплексе с психологическими и поведенческими особенностями можно использовать для оценки предрасположенности к некоторым химическим зависимостям.

## **ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б.,  
Иванов А.Н., Просвирина И.В.**

*СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург*

В настоящее время распространенность ВИЧ-инфекции в мире чрезвычайно высока. В 2011 году рост эпидемии ВИЧ-инфекции в России достиг критического уровня. Приводятся данные о высокой частоте встречаемости ВИЧ-инфекции среди психически больных – как минимум, в восемь раз выше, чем распространенность ВИЧ-инфекции по населению в целом. Практически у всех больных, впервые вставших на учет у психиатра-нарколога Центра по борьбе со СПИДом, наблюдаются психические нарушения. В 2001–2011 годах средний возраст ВИЧ-инфицированных, впервые вставших на учет у психиатра, ежегодно возрастал, соотношение числа женщин к мужчинам увеличивалось. Большинство ВИЧ-инфицированных являлись опиоидными наркоманами, в настоящее время активно употребляющими наркотик. При анализе распространенности отдельных психических расстройств в разные годы обнаружилась ежегодная тенденция к уменьшению частоты встречаемости синдромов зависимости от ПАВ, чаще стали наблюдаться расстройства адаптации с тревожно-депрессивным компонентом, связанные с ВИЧ-инфицированием, лиц без явной психической патологии стало намного больше. При анализе частоты встречаемости ВИЧ-инфекции в психиатрическом стационаре Санкт-Петербурга с 2001 по 2011 год обнаружилось, что с каждым годом это заболевание стало регистрироваться значительно чаще, в том числе у больных шизофренией. При анализе по пути инфицирования у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией обнаружилась тенденция к увеличению числа больных, инфицированных половым путем. В свою очередь, число больных, инфицированных ВИЧ парентеральным путем, резко уменьшалось. При анализе по полу в зависимости от года наблюдения обнаружилось, что соотношение мужчин к женщинам постепенно уменьшалось, ВИЧ-инфицированных женщин за последние годы стало госпи-

тализироваться значительно больше. При анализе распределения по возрасту в зависимости от года наблюдения выявилось, что возраст пациентов имел тенденцию к увеличению. Несмотря на высокую распространенность ВИЧ-инфекции среди больных шизофренией, на учете в Центре СПИДа состояли немногие, что является большой проблемой для современного общества. Полученные результаты говорят о необходимости усиления внимания к больным, инфицированным ВИЧ, как со стороны психиатров и психиатров-наркологов, так и врачей-инфекционистов и врачей-эпидемиологов.

## ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГАЛЛЮЦИНОЗОМ

**Немкова Т.И.**

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии  
МЗСР РФ, Москва*

Острые алкогольные галлюцинозы – кратковременные психотические состояния, не сопровождающиеся появлением угрожающих жизни расстройств. Однако клинические особенности галлюцинозов таковы, что уход за больными нередко сопряжен с большими трудностями. Необходимость назначения эффективных и быстро действующих средств диктуется выраженным состоянием психомоторного возбуждения, аффектом страха, наплывом устрашающих галлюцинаций, суицидальными тенденциями.

Обследовано 60 больных острым алкогольным галлюцинозом в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст  $43 \pm 9,1$  года).

С целью купирования острых алкогольных галлюцинозов в настоящем исследовании использовались три антипсихотика – галоперидол, оланзапин и рисперидон. Назначались средние суточные дозы препаратов. Антипсихотики вводились парентерально: внутривенно – галоперидол (суточная дозировка 10 мг), внутримышечно – оланзапин (суточная дозировка 10 мг) и перорально (в каплях) – рисперидон (суточная дозировка 4 мг) до тех пор, пока не исчезали обманы восприятия, затем препараты назначались в таблетированной форме еще несколько дней. На ночь все больные получали препараты, нормализующие сон (феназепам по 1 мг, санвал по 10 мг, хлорпротиксен от 25 до 75 мг). Эффективность различных методов нейролептической терапии была изучена у 60 больных, по 20 человек в каждой терапевтической группе. Нейролептики назначались на фоне дезинтоксикационной терапии. Сравнимые терапевтические группы были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям (пол, возраст, длительность существования алкогольной зависимости, тяжесть психотического эпизода, вариант острого алкогольного галлюциноза). Побочных эффектов не наблюдалось ни в одной из групп больных, как в неврологической, так и в соматической сфере, что

говорит о безопасности трех изучаемых нейролептиков, применяемых в указанных дозировках.

Наиболее эффективным нейролептиком оказался галоперидол, с помощью которого удалось купировать алкогольные галлюцинозы в пределах 48 часов. Второе место по эффективности занял оланзапин, при лечении которым максимальная продолжительность алкогольных галлюцинозов составила 72 часа. Длительность психозов при назначении рисперидона варьировала от 24 до 96 часов. Средняя длительность галлюциноза при назначении галоперидола составила  $29,4 \pm 14,7$  часа, а при назначении оланзапина и рисперидона –  $49,2 \pm 19$  часа и  $52,8 \pm 23,5$  часа соответственно.

## «ПИВНОЙ» АЛКОГОЛИЗМ?

**Немцов А.В., Орлов А.В.**

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии  
МЗСР РФ, Москва*

**Фон.** Проблема «пивного» алкоголизма (ПА) возникла в 2000 году как реакция на рост производства и потребления пива, начавшийся в 1997 году.

**Задача.** Можно ли считать, что существует такое заболевание, как ПА?

**Материал и метод.** Условным критерием квалификации ПА и «водочного» алкоголизма (ВА) было доминирование пива или водки в запоях последнего года перед обследованием. На протяжении алкоголизации погодиочно и в связи с возрастом учитывался только доминирующий алкогольный напиток (водка, пиво, другие напитки). На основе парного метода (возраст и пол) анамнестически обследованы 40 ПА и 40 ВА; в каждой группе были 31 мужчина и 9 женщин; медианный возраст 33 года.

**Результаты.** В двух группах к 18 годам злоупотребляла спиртным половина подростков. Возрастные показатели основных симптомов ПА и ВА существенно не различались. Например, возникновение алкогольного абстинентного синдрома (ААС) происходило в 25 лет у ПА и в 26,5 года у ВА ( $p=0,386$ ). Потребление различных напитков практически у всех пациентов было смешанным, с некоторым преобладанием пива у ПА и значительным – водки у ВА. Для больных алкоголизмом характерны переходы от одного напитка к другому (от 1 до 8 раз за время анализа). С появлением ААС потребление становилось более унифицированным, хотя и на этом этапе заболевания происходила смена напитков, при этом у ПА чаще, чем у ВА. Объединение двух групп показало, что с возрастом и по мере развития заболевания увеличивается доля потребителей водки за счет уменьшения доли потребителей пива и других напитков.

**Заключение.** Проблема «пивного» алкоголизма, поднятая в 2000 году на государственный уровень и определившая алкогольную политику, оказалась ложной в связи с тем, что для алкоголиков характерен смешанный тип потребления спиртного со сменой напитков в течение жизни, что делает невозможным квалификацию алкоголизма по типам напитков.

## МИКРОСОЦИАЛЬНОЕ ОКРУЖЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ КАК ПАТОПЛАСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР

Николаев В.М., Петрова Е.В.,  
Петров О.А.

*Пензенский институт усовершенствования врачей,  
г. Пенза*

Наряду с личностными особенностями, индивидуальными стилями совладающего поведения, важную роль для эффективного разрешения повседневных эмоциональных перегрузок играет микросоциальное окружение. Последнее модулирует стрессовые события, удовлетворяя специфические потребности индивидуума в близости, разрядке, успокоении, практической помощи и т. д. (Veiel & Ihle, 1993). Это особенно актуально для больных алкоголизмом с выраженным дефицитом навыков социального поведения и низкими адаптивными возможностями в стрессовых ситуациях. Однако для них отношения с близкой социальной средой – женами, родителями – зачастую становится не средством, помогающим преодолеть повседневные стрессовые события, а скорее, наоборот, – фактором, провоцирующим обострение алкогольной болезни.

**Целью работы** было изучение личностной сферы и особенностей психологической адаптации родственников больных алкоголизмом (42 человека), обратившихся за психотерапевтической помощью в амбулаторный наркологический кабинет. Клинико-психологическое исследование проводилось с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), копинг-теста Лазаруса, опросника агрессии Басса и Дарки.

При анализе полученных данных у 62% родственников были выявлены клинические симптомы тревоги и депрессии различной степени выраженности. В структуре личности частыми были сочетания истероидных черт с эмоциональной лабильностью, демонстративностью, эгоцентризмом и эпилептоидных – с вспыльчивостью, злобностью или склонностью к застреванию на отрицательных моментах, что затрудняло возможность конструктивного решения проблемных ситуаций. При исследовании поведения совладания с трудностями был очевидным дисбаланс в сторону преобладания дезадаптивных эмоционально-ориентированных стилей – «бегство-избегание» ( $61,91 \pm 2,43$ ), «конфронтативный копинг» ( $53,52 \pm 1,87$ ) с преобладанием в структуре агрессии раздражительности, обиды или аутоагрессии с чувством вины, беспомощности. В ходе исследования структура аффективных нарушений, варианты основных копинг-стратегий оказались аналогичными с таковыми у самих пациентов с алкогольной зависимостью. Отсюда следует сделать вывод об относительной несостоятельности ближайших родственников в качестве социальной поддержки, так как они сами нуждались в психотерапевтической коррекции.

## ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВА ПРИНИМАЕМЫХ РЕШЕНИЙ НА РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Николенко О.В., Копытов А.В.

*Белорусский государственный медицинский университет,  
ГУ «РНПЦ Психического здоровья»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Цель исследования:** определение взаимосвязи и влияния адаптации и качества принимаемых решений на увеличение риска развития синдрома зависимости от алкоголя (СЗА).

**Задачи исследования:** изучить уровень адаптации в основной (ОГ) и контрольной (КГ) группах; изучить корреляцию между адаптацией и качеством принимаемых решений в ОГ и КГ; произвести сравнительную оценку полученных результатов; обосновать влияние изученных факторов на увеличение риска развития СЗА у молодых людей.

**Материалы.** Обследованы лица мужского пола в возрасте 18–25 лет. ОГ – 90 человек с СЗА, проходящих лечение в ГУ «РНПЦ психического здоровья». КГ – 60 человек без проблем с алкоголем и других психических нарушений.

**Методы.** Когнитивные функции изучались с помощью батареи нейро-психологических тестов CANTAB (тест CGT). Клиническая диагностика СЗА – по МКБ-10. Анамнестические сведения собирались посредством «Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001. Также использовалась схема оценки уровня социальной адаптации (Рустанович А.В., 1998). Статистическая обработка – SPSS 17.0.

**Результаты.** При исследовании уровня адаптации выявлено ее значительное преобладание в КГ – 78%, в ОГ – 43% ( $p < 0,05$ ). При корреляционном анализе адаптации и качества принимаемых решений была выявлена закономерность только в КГ ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ). Отсутствие связи в ОГ является показателем наличия когнитивных и нейропсихологических нарушений и дезадаптации в обществе. При корреляционном анализе, то есть исследовании силы связи между показателями адаптации и качества принятых решений, была выявлена закономерность лишь в КГ. То есть чем выше адаптация, тем лучше качества принятых решений. Отсутствие связи в ОГ является показателем наличия когнитивных и нейропсихологических нарушений (К и НПП).

**Заключение.** Снижение уровня адаптации способствуют развитию К и НПП и впоследствии увеличению возможности более раннего формирования СЗА. Снижение уровня социальной адаптации является причиной развития потребительского поведения, что является необходимым продромальным фактором, предвещающим формирование СЗА. Батарея нейропсихологических тестов CANTAB – альтернативный метод ранней диагностики СЗА и разработки более успешной реабилитации.



## ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СКЛОННОСТИ К РИСКУ НА РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Николенко О.В., Копытов А.В.

*Белорусский государственный медицинский университет,  
ГУ «РНПЦ Психического здоровья»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Цель исследования:** определение взаимосвязи и влияния факторов склонности к риску на увеличение риска развития синдрома зависимости от алкоголя (СЗА).

**Задачи исследования:** изучить нейropsychологические функции (НПФ) склонности к риску в основной (ОГ) и контрольной (КГ) группах; произвести сравнительную оценку полученных результатов; обосновать влияние изученных НПФ на увеличение риска развития СЗА у подростков и молодых людей.

**Материалы.** Методом случай-контроль были обследованы лица мужского пола в возрасте 18–25 лет. ОГ – 90 лиц с СЗА, проходящих лечение в ГУ «РНПЦ психического здоровья». КГ – 60 человек без проблем с алкоголем и других психических нарушений.

**Методы.** НПФ изучались с помощью батареи нейropsychологических тестов САНТАВ (тест CGT). Клиническая диагностика СЗА производилась по МКБ-10. Анамнестические сведения собирались посредством «Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001. Статистическая обработка – SPSS 17.0.

**Результаты.** По сравнению с КГ, пациенты с СЗА показывают более низкий уровень НПФ (стратегическое мышление, самоконтроль, направленность деятельности, рабочая память, гибкое решение проблемы) и высокий уровень импульсивности ( $p < 0,05$ ). Снижение исполнительного функционирования (ИФ) – этиологический предшественник импульсивного поведения (обратная корреляция,  $p < 0,05$ ) и обуславливает снижение контроля аддиктивного алкогольного поведения.

Импульсивность – один из предикторов потребления ПАВ в раннем возрасте и развития СЗА (данные корреляционного анализа,  $p < 0,05$ ). По сравнению с ИФ, импульсивность имеет более тесное влияние на потребление алкоголя.

**Заключение.** Увеличение склонности к риску (импульсивности) способствуют увеличению возможности более раннего формирования СЗА. Но изолированно высокий уровень импульсивности непосредственно не является предиктором СЗА, а скорее является причиной развития потребительского поведения, что является необходимым продромальным фактором, предвещающим формирование СЗА. Батарея нейropsychологических тестов САНТАВ – альтернативный метод ранней диагностики СЗА и разработки более успешной реабилитации.

## СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕРАБОТАЮЩЕГО КОНТИНГЕНТА ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Николкина Ю.А., Софронов А.Г.,  
Добровольская А.Е.

*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

**Цель исследования:** изучение социально-демографических и клинических особенностей неработающего контингента женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

**Материал и методы исследования.** Сплошным методом было проанализировано 146 пациентов со сформированным абстинентным синдромом, получавших амбулаторное лечение в наркологическом диспансере и стационарную помощь на базе института им. Бехтерева. Первую группу (51 чел.) составляли женщины-пенсионерки, имеющие трудовой стаж, источником дохода была государственная пенсия с возможностью других видов дохода. Вторую группу (50 чел.) составляли женщины-домохозяйки, имеющие основной стабильный источник дохода за счет супруга, были возможны также другие виды источников дохода. Третью группу (40 чел.) составляли пациентки, находящиеся на иждивении у родственников. В этой группе другие виды дохода исключались.

Использовались клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический методы. На каждого больного была заполнена специально разработанная карта обследования, включающая социально-демографические и клинические показатели.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В полученных группах были выявлены статистически значимые различия по возрасту. Средний возраст пенсионерок составлял  $61,0 \pm 0,56$  года; средний возраст пациенток второй группы  $43,8 \pm 1,12$ ; третьей группы  $37,6 \pm 1,43$  ( $p < 0,001$ ). По семейному положению статистически значимо отличалась первая группа от второй и третьей. В первой группе незамужние пациентки составляли до 2,0% (1 чел.), во второй до 16,4% (9 чел.) в третьей группе 37,5% (12 чел.). Наиболее высокий показатель незамужних пациенток был выявлен в третьей группе. Статистически значимые различия были выявлены по уровню образования между второй и третьей группами. В третьей группе был выявлен наиболее высокий показатель имеющих среднее образование – до 37,5% женщин. Наименьшее количество женщин с высшим образованием было выявлено в третьей группе – до 10,0%. С помощью однофакторного дисперсионного анализа выявили значимые различия по возрасту начала злоупотребления алкоголем, развитию алкогольного абстинентного синдрома. Возраст злоупотребления алкоголем имел значимые различия между всеми группами. Среднее значение первой группы  $31,4 \pm 9,39$  значимо отличалось от среднего показателя второй группы  $25,0 \pm 6,19$  ( $p < 0,001$ ) и третьей

группы  $21,5 \pm 5,98$  ( $p < 0,001$ ). Возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома также имел значимые различия внутри всех полученных групп. Средний показатель первой группы  $36,2 \pm 10,08$ , значительно различался со средним показателем второй группы  $29,6 \pm 6,62$  ( $p < 0,01$ ), а также показателем третьей группы  $25,7 \pm 6,28$  ( $p < 0,001$ ). Таким образом, третья группа пациенток была молодой по возрасту, в этой группе были выявлены наиболее неблагоприятные социальные характеристики, низкий образовательный уровень, ранний возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома.

## **ПРОБЛЕМА АЛКОГОЛИЗАЦИИ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Новикова И.А., Соловьев А.Г.**

*Северный государственный медицинский университет,  
г. Архангельск*

Проблема алкоголизации и связанной с ней коморбидной патологии в общесоматической практике является весьма актуальной. В России очевидной является высокая заболеваемость и смертность по причинам, непосредственно связанным с употреблением алкоголя. Удельный вес смертности, связанной с употреблением алкоголя, в общей структуре смертности составляет 52,9 на 100 тыс. населения.

Имеется связь между злоупотреблением алкоголем и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также смертностью от данной патологии. Алкоголь и его метаболиты оказывают прямое кардиотоксическое действие и вызывают такие системные эффекты, как гиперлипидемия, дефицит витаминов и белков, нарушение углеводного и минерального обмена. Алкоголь рассматривается как независимый фактор риска развития артериальной гипертонии (АГ). Лица, употребляющие три и более дозы алкоголя в день (за одну дозу алкоголя принимают 10,0 г условного 100% этанола), имеют более высокие уровни артериального давления и более высокую распространенность АГ. Употребление больших доз алкоголя приводит к тяжелому осложнению АГ – нарушению мозгового кровообращения. Алкоголь ослабляет терапевтическое действие гипотензивных средств. Злоупотребление алкоголем приводит к повышению общих триглицеридов и артериального давления, что опосредованно повышает частоту новых случаев ишемической болезни сердца.

Злоупотребление алкоголем также является одним из факторов риска сахарного диабета (СД). Диабетогенные эффекты алкоголя включают непосредственное токсическое воздействие на клетки поджелудочной железы, ингибирование секреции инсулина и повышение резистентности к нему, нарушение углеводного обмена, ожирение, а также нарушение функции печени.

Нами было проведено обследование 120 больных СД (39 мужчин и 81 женщина), 58 человек – с СД 1 типа и 62 – с СД 2 типа. Установлено, что воздействие множества неблагоприятных факторов на эндокринологических больных нередко приводит к их алкоголизации, в свою очередь часто приводящей к ухудшению течения заболевания. У пациентов, злоупотребляющих спиртными напитками, обнаруживаются выраженные изменения со стороны белкового, липидного и углеводного видов обмена, микроэлементного состава, гиперферментемия трансаминаз; для них характерно длительно не компенсируемое состояние кетоацидоза на фоне незначительной динамики снижения уровня гликемии. Сроки достижения компенсации СД и длительность пребывания больных в стационаре обратно пропорциональны интенсивности употребления спиртных напитков. В то же время выявлена прямая зависимость частоты случаев и выраженности соматических осложнений СД (микро- и макроангиопатий) с увеличением степени алкоголизации больных.

Таким образом, проблема коморбидной патологии, связанной с алкоголизацией в общесоматической практике, требует более пристального внимания к ней со стороны врачей общей практики. Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя определяет, что врачи на уровне первичного звена оказания медицинской помощи должны играть все более важную роль в деле распознавания и предупреждения ущерба, связанного с приемом алкоголя. Своевременное распознавание проблем, связанных с алкоголем, и последующее вмешательство способны значительно улучшить прогноз для таких пациентов.

## **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА С НЕМЕДИЦИНСКИМИ ЦЕЛЯМИ**

**Новоселова О.А.<sup>1</sup>, Фролова О.П.<sup>1</sup>, Волик М.В.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Центр противотуберкулезной помощи  
больным ВИЧ-инфекцией МЗ РФ,*

*<sup>2</sup>Фонд «Центр социального развития и информации»,  
Москва*

Число больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации ежегодно увеличивается. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции в стране в 2011 году составил 382,2 на 100 тыс. населения. В связи с тем что ВИЧ-инфекция много лет передавалась преимущественно при введении наркотиков, значительная часть контингента больных в стране – лица социально неадаптированные, являющиеся группой высокого риска заболевания туберкулезом. В результате этого число выявляемых за год случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, за 10 последних лет увеличилось в 14 раз и составило в 2011 году 11 839. Ежегодное увеличение числа лиц

со сниженным иммунитетом среди контингента больных ВИЧ-инфекцией в стране свидетельствует в пользу дальнейшего неблагоприятного прогноза в отношении распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией. Такой прогноз обосновывается тем, что инфицированность населения микобактериями туберкулеза в Российской Федерации очень высокая, а главной причиной заболевания туберкулезом является иммунодефицит.

Таким образом, создавшаяся эпидемиологическая ситуация диктует необходимость усовершенствования мероприятий по профилактике туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. Важным элементом данной работы является разработка методических материалов, позволяющих врачам, которым в своей практике часто приходится работать с лицами, употребляющими психоактивные вещества с немедицинскими целями, более эффективно проводить профилактические мероприятия по предупреждению туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Центром противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией совместно с Фондом «Центр социального развития и информации» проведена оценка имеющихся материалов по профилактике туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, употребляющих психоактивные вещества с немедицинскими целями. В ходе данной оценки выявлена потребность в разработке методических материалов, ориентированных на фтизиатров, инфекционистов, наркологов, эпидемиологов и других заинтересованных специалистов учреждений Минздрава России и Федеральной службы исполнения наказаний России, и начата их разработка.

### **АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СТРУКТУРЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Нургазина А.З., Алина К.Ж.**

*РГКП «Республиканский научно-практический Центр  
медико-социальных проблем наркомании»  
г. Павлодар, Казахстан*

Под определением социальные эпидемии понимаются процессы вовлечения населения в химическую зависимость (алкоголизм, наркомания, токсикомания), психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские, криминальные организации и др.), степень деструктивности и масштабы распространения которых представляют угрозу существующему социальному порядку и потенциалу развития наций.

Особенностью социальных эпидемий является факт, что традиционные способы противодействия, выстраиваемые по аналогии с биологическими эпидемиями, малоэффективны. Современная наркология предлагает различные реабилитационные методы и подходы для решения данных проблем. В странах Европы и США реализуются в основном смешанные средне- и высокоструктурированные

программы реабилитации зависимых от ПАВ. Наиболее эффективные программы противодействия – это форсированное развитие реабилитационного направления. Реабилитация в наркологии – системный и многоаспектный процесс, включающий в себя: медицинскую реабилитацию; психологическую (личностную), в том числе духовную реабилитацию; социальную реабилитацию.

Реабилитационный метод включает принципы партнерства специалиста и больного, разносторонности усилий воздействия, единства психологических и биологических методов, ступенчатости усилий. При этом собственно психотерапевтические технологии присутствуют во всех перечисленных компонентах, но особенно активно реализуются в структуре психологической реабилитации зависимых лиц.

Главная цель реабилитации зависимых от ПАВ, согласно концепции Ю.В. Валентика, – восстановление или формирование нормативного личностного и социального статуса больного, полноценная реинтеграция в общество на основе восстановления здоровья и обретения способности к успешному социальному функционированию.

Основные задачи реабилитационного процесса следующие: формирование мотивации на участие в реабилитационном процессе и отказ от ПАВ (в случае, если речь идет о программах МСР с полной абстиненцией); дезактуализация основных проявлений синдрома зависимости от ПАВ, предупреждение рецидивов; устранение или компенсация медицинских последствий приема ПАВ; устранение или компенсация личностных нарушений и стимуляция личностного роста; формирование или восстановление конструктивного взаимодействия с ближайшим социальным окружением; восстановление полноценного социального функционирования на основе полученных адаптивных навыков.

### **ИДЕНТИФИКАЦИЯ УНИВЕРСАЛЬНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА-УСТОЙЧИВОСТИ**

**Нургазина А.З., Алина К.Ж.**

*РГКП «Республиканский научно-практический Центр  
медико-социальных проблем наркомании»  
г. Павлодар, Казахстан*

В аддиктологии возникла необходимость корректного отбора психотерапевтических методов с целью их последующего включения в стандарты первичной и специализированной помощи, оказываемой зависимым лицам. Выполнение такой масштабной и сложной задачи, требующей специального исследовательского дизайна, по силам лишь мощным исследовательским или профильным научным центрам.

Одной из главных задач масштабного исследования, проводимого в течение 10 лет Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (г.

Павлодар, Казахстан), является идентификация универсальных психологических факторов риска-устойчивости, которые должны были удовлетворять следующим требованиям:

– возможность обозначения идентифицируемых факторов с помощью известных терминов и определений;

– измеримость апробированными тестами и методиками;

– наличие статистически достоверной и явно выраженной отрицательной корреляции высоких уровней развития, положительной корреляции низких уровней развития идентифицированных свойств с доказанными рисками и фактами вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость;

– надежность полученных характеристик риска – устойчивости, подтвержденная согласованными результатами соответствующих эпидемиологических, клинико-психологических, экспериментально-психологических, экспериментально-профилактических исследований;

– возможность эффективного влияния на выявленные характеристики в краткосрочной (недели, месяцы), среднесрочной (1–3 года) перспективе;

– возможность выстраивания адекватных мишеней с целью последующего профилактического, лечебного и реабилитационного воздействия;

– возможность разработки на основании всего вышеперечисленного: диагностических и скрининговых технологий, определяющих уровни индивидуальной и социальной устойчивости к вовлечению в химическую и деструктивную психологическую зависимость; инновационных технологий формирования высоких уровней устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

В ходе многолетних и масштабных эпидемиологических, клинических, экспериментальных исследований, было выявлено, что в наибольшей степени всем вышеприведенным требованиям соответствует система определенных психологических факторов, которые мы обозначили как свойства психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

## **АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ЗАМЕНА РЕАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ**

**Обидин И.Ю., Одерышева Е.Б.**

*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Достаточно распространенной является точка зрения, согласно которой проявления аддиктивного поведения являются суррогатом реальных отношений, подменой неосуществленных близких отношений в детстве между родителем и ребенком (Blatt S.J., 1991). Аддикции чаще всего формируются в семьях с сильными симбиотическими отношения-

ми между родителями и их детьми, при этом такие семьи могут производить впечатление успешных, заботливых и «любящих», или характеризоваться отсутствием понимания и любви между родителем и ребенком, или иметь социально неблагоприятную обстановку. Свидетельствуют ли эти различия между семьями о невозможности объединить возникающее в них аддиктивное поведение в одну группу? Вопрос кажется правомерным, так как и типы воспитания, и механизмы нарушений симбиотических отношений представляются совершенно различными. Но если пристально изучить семьи, где, на первый взгляд, у ребенка все есть (и в материальной сфере, и в духовной), то практикующие клинические психологи зачастую сталкиваются с нарушенными семейными отношениями, где ребенок находится в ситуации условной любви. Если ребенок является лишь статусным атрибутом для взрослых, то для получения истинных эмоций со стороны родителей он всегда должен выполнять и соответствовать их требованиям. Полностью соответствовать всем этим требованиям ребенок просто не может, поэтому его основные потребности в принятии и любви остаются хронически фрустрированными. Этот факт косвенно подтверждается результатами, полученными при использовании методики ТАТ. Большинство пациентов с различной формой зависимости (игровой, зависимости от опиатов и алкогольной зависимости) рассказывают очень похожие истории при предъявлении стимульного материала (карточки 7 и 12 с изображением фигур взрослого мужчины и молодого человека). Во всех рассказах упоминается о чувстве вины, которое испытывает взрослый перед молодым в связи с какими-либо действиями в детстве и об аффекте злости и обиды, направленном на взрослого. Представляется логичным, что первоначальное обращение к потенциально опасным видам девиантного поведения направлено на поиск истинных отношений, чувства безопасности и любви. В этом случае аддиктивное поведение (которое, безусловно, включает в себя не только психологический компонент, но и физиологический), становится субъективно единственно возможным средством достижения чувства безопасности, внутреннего спокойствия, защищенности и любви.

## **ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЯ КАК СКРЫТАЯ ФОРМА ДРУГИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ**

**Одерышева Е.Б., Обидин И.Ю.**

*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

В последние два десятилетия Интернет нашел широкое распространение, как в профессиональной, так и в повседневной жизни миллионов людей. С помощью Интернета общаются, делают покупки, получают информацию о различных аспектах жизни, играют в игры, смотрят кинофильмы, слушают музыку. Признаками наступившей интернет-аддикции,

согласно К. Янг (2000), являются следующие критерии: всепоглощенность Интернетом, потребность проводить в Сети все больше и больше времени, при прекращении пользования Интернетом возникают симптомы отмены, причиняющие беспокойство, проблемы с социальным окружением (семья, школа, работа, друзья), ложь по поводу времени, проведенного в Сети, изменение настроения посредством использования Интернета. Этого расстройство наблюдается у 1–5% населения (Griffiths, 2000; Young, 1998), причем более подвержены ему гуманитарии и люди, не имеющие высшего образования, нежели специалисты по компьютерным сетям. Данные мониторинга аудитории пользователей Интернета в России с 1992 по 2004 год свидетельствуют о том, что удельный вес подростков увеличился с 2% до 25%, то есть подростки становятся все более активными пользователями Сети, в связи с чем и увеличиваются случаи интернет-аддикции среди молодежи. При этом у интернет-зависимых людей проявляются скрытые формы других аддикций: сексуальная аддикция реализуется в «киберсексе», коммуникативные зависимости, такие как псевдология, крусодерство (Менделевич В.Д., 2003), проявляются в «кибернет-отношениях», интерес к азартным играм находит выход в своеобразном интернет-гемблинге. Д. Гринфилд (1999) подчеркивает, что зависимости от Интернета в 20% случаев сопутствует сексуальная аддикция. М. Griffiths (1999) утверждает, что многие интенсивные пользователи Интернета не являются собственно интернет-аддиктами, а используют Сеть для реализации других аддикций. Таким образом, по мнению большинства исследователей, феномен интернет-аддикции представляет собой сочетание групп разных поведенческих зависимостей (работогольную, общения, сексуальную, любовную, от отношений, игровую, от покупок и др.), где компьютер является лишь средством их реализации, а не объектом. Совершенно очевидно, что с ростом компьютеризации во всех странах, и в России в том числе, будет увеличиваться и количество людей с интернет-аддикцией, особенно среди молодой части населения, и, соответственно, потребуются активное участие в решении данной проблемы психологов и психотерапевтов.

## ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНУЮ СИСТЕМУ

Оразмурадов А.А., Радзинский В.Е.,  
Шешко П.Л.

*Российский университет дружбы народов, Москва*

Проблема рождения полноценного, здорового ребенка актуализируется в связи с ростом числа курящих женщин. В Москве 38% девушек-подростков курят, причем средний возраст начала курения составляет 14,9±0,2 года, а доля активно курящих среди беременных составляет 23%, из них 70% находится в возрастной группе от 20 до 30 лет.

**Цель исследования:** установить наиболее значимые морфофункциональные особенности фетоплацентарной системы у курящих беременных.

**Материал исследования.** Было обследовано 40 курящих табак беременных (выкуривающих более 15 сигарет в день).

**Результаты исследования.** Средний возраст начала курения у курящих беременных составил 14,2±2,3 года. Среди причин, побудивших начать курить, 80% опрошенных указало «просто так, за компанию», 12,5% женщин – «это модно», и лишь 7,5% – «чтобы не казаться «белой вороной». Подавляющее большинство пациенток (77,5%) отмечают факт курения домашними и/или мужем. Интересен факт, что практически у каждой пятой (17,5%) курящей женщины в семье не курил ни один из родителей. На протяжении всей беременности продолжали курить 58,1% курящих женщин. Все отказавшиеся от курения бросили курить только в конце II либо в III триместрах. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что наиболее активными курильщицами во время беременности являются женщины в возрасте 20–25 и 26–30 лет, на долю которых приходится 70% от общего числа курящих беременных.

При суммировании клинических особенностей курящих женщин выявлено: высокий образовательный уровень (60%); отягощенный соматический анамнез – высокая частота анемий (72,5%), заболеваний органов дыхания (32,5%); повторная беременность и первые роды; высокая частота самопроизвольных выкидышей (22,5%) и искусственных абортов (1,9 на одну женщину) в анамнезе; беременность вне брака (30%).

Особенностями течения настоящей беременности и родов у курящих явились: ранний токсикоз (47,5%); угроза прерывания на протяжении всей беременности; патология околоплодных вод (62,5%); плацентарная недостаточность (92,5%) и ЗРП (15,6%); преждевременное излитие околоплодных вод (47,5%); слабость родовой деятельности (52,5%); предлежание плаценты (7,5%).

Морфологическое исследование плацентарного ложа матки и плацент выявило, что характерными находками у курящих беременных являются:

- частичная гестационная перестройка маточно-плацентарных артерий;
- массивное отложение солей кальция в плацентах;
- преобладание промежуточно-незрелых ворсин (77,5%);
- избыточное образование синцитиальных почек (местная гипоксия).

**Выводы.** В целом представленное исследование показало, что беременность и роды у курящих женщин сопровождаются большим числом осложнений. Морфологической основой развития плацентарной недостаточности у курящих женщин являются изменения микроциркуляции в спиральных артериях вследствие первичного нарушения анатомического строения плацентарного ложа матки.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПОТРЕБИТЕЛЬНИЦ ГЕРОИНА

Оразмурадов А.А., Радзинский В.Е.,  
Шешко П.Л.

*Российский университет дружбы народов, Москва*

Потребление психоактивных веществ (ПАВ) диктует настоятельную потребность в корректировке стратегии дифференцированного противодействия употреблению наркотических веществ, токсикоманических агентов, алкоголя на государственном уровне. Распространенность наркомании среди беременных точно не известна. Исследования I.J. Chasnoff et al. (2005) показали, что 32,7% беременных употребляют алкоголь и наркотические вещества.

**Цель исследования:** изучить особенности течения беременности у женщин, подверженных наркотической зависимости.

**Материал исследования.** Обследовано 36 беременных – потребительниц героина в сроки гестации 6–40 недель.

**Результаты исследования.** Проведенное обследование беременных – потребительниц героина показало, что средний возраст первого употребления наркотиков составил  $15,5 \pm 1,5$  года. В качестве дебютного наркотика 33,4% беременных указывало героин; 36,1% беременных отмечают, что не могут жить без героина, при этом 50% анкетированных испытывают тягу к героину. Употребление героина во время беременности отрицали 22 (61,1%) женщины. Большинство беременных – потребительниц героина (28 – 77,8%) до начала употребления иных наркотических веществ систематически употребляли алкоголь (два-три раза в неделю). Примечательно, что по мере увеличения стажа потребления наркотических веществ достоверно снижалась доля женщин, употребляющих алкоголь: с 77,8% до 25%.

При суммировании клинических особенностей беременных – потребительниц героина выявлено: средний возраст до 25 лет; низкий образовательный уровень (44,4% имеют среднее образование); отягощенный соматический анамнез – высокая частота анемий (66,7%), заболеваний мочевыделительной системы (36,1%) и сердечно-сосудистой системы (63,9%); раннее начало половой жизни –  $15,5 \pm 1,2$  года; нарушения менструальной функции – олигоменорея (27,8%), аменорея (13,9%); беременность вне брака (19,4% беременных состоят в браке); сифилис в анамнезе у 13,9%, вирусный гепатит В и С у 100%, ВИЧ-инфекция у 19,4% беременных.

Оценка течения настоящей беременности вызывала трудности, поскольку каждая третья беременная не состояла на диспансерном учете по беременности либо встала на учет в конце беременности: на учете не состояли 12 (33,3%) беременных – потребительниц героина, во II триместре беременности встали на учет 16 беременных (44,4%), а в III триместре – 8 (22,2%) беременных. Примечательно, что 22,2% респонденток – потребительниц героина отмечали, что беременность является запланированной!

Нам не представилось возможным оценить характер ранних осложнений настоящей беременности у потребительниц героина по нескольким причинам: во-первых, сами беременные затруднялись оценить характер течения настоящей беременности; во-вторых, записи в обменной карте о характере течения настоящей беременности, особенно в ранние сроки, отсутствовали, поскольку беременные в большинстве были необследованными. Среди осложнений настоящей беременности лидирующие позиции занимала плацентарная недостаточность (100%), при этом ЗРП диагностирована у 30 (83,3%) беременных, многоводие (41,7%), а также угроза преждевременных родов – более чем у каждой третьей (38,9%).

**Выводы.** В московском мегаполисе основным инъекционным наркотиком, потребляемым беременными, является героин. Алкоголь и героин являются конкурирующими между собой психоактивными веществами.

## СООТНОШЕНИЕ «ПИВНОГО» И «ВОДОЧНОГО» АЛКОГОЛИЗМА

Орлов А.В., Немцов А.В.

*Московский научно-исследовательский институт  
психиатрии МЗСР РФ Москва*

**Фон.** Существует представление, что «Россию погубит пивной алкоголизм».

**Задача:** Какова доля «пивного» алкоголизма (ПА) среди больных алкоголизмом?

**Материал и метод.** Обследовано 412 больных алкоголизмом, поступивших на лечение в Московский научно-практический центр наркологии (рук. проф. Е.А. Брюн). Медианный возраст больных 44 года (от 17 до 73 лет), 66 женщин и 346 мужчин. Условным критерием квалификации алкоголизма по видам спиртных напитков было доминирование того или другого напитка в запоях последнего года перед обследованием.

**Результаты.** 74% больных были квалифицированы как «водочные» (ВА), 8% – как «пивные» (ПА), 9% – как «другие» (вино, коньяк, коктейли). У 10% больных не удалось установить доминирование какого-либо напитка. Установлено, что возрастные характеристики основных этапов алкоголизма – первое опьянение, начало систематического пьянства и злоупотребления алкоголем, формирование алкогольного абстинентного синдрома – у ПА и ВА существенно не различались (соответственно 16,0 и 17,0 года, 21,0 и 22,0 года, 26,0 и 27,0 года, 30,0 и 32,0 года;  $p > 0,05$ ). В молодом возрасте ВА существенно преобладал над ПА: до 25 лет – в 7 раз, до 30 лет – в 8 раз, до 35 лет – в 11 раз.

**Заключение.** Распространенное представление о большой доле ПА среди алкоголиков не подтвердилось не только у взрослых, но и в молодом возрасте. ВА является доминирующим. Проблема ПА, поднятая на государственный уровень в контексте того, что ПА «погубит Россию», оказалась несостоятельной.

## ИССЛЕДОВАНИЕ АБСТИНЕНТНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Павлов Р.А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург

**Введение.** Согласно официальным данным, в РФ количество больных алкоголизмом составляет 2,7 млн человек. По мнению экспертов, реальное количество больных превышает эти данные в 5 раз. Неотъемлемым признаком алкоголизма является алкогольный абстинентный синдром.

Тяжесть выраженности абстиненции, обилие и разнообразие психопатологических нарушений обуславливают необходимость глубокого изучения этих процессов с использованием дополнительных к клинико-психопатологическому методов.

**Цель:** исследовать функциональное состояние головного мозга у пациентов, больных алкоголизмом, находящихся в состоянии абстиненции.

**Материалы и методы.** Обследованы 16 пациентов, средний возраст в группе  $43 \pm 3$  года, средний стаж злоупотребления алкоголем  $8 \pm 2$  года. Применены следующие методики: клинико-психопатологический метод, для уточнения диагностических заключений использовались тесты: (AUDIT) и CAGE Alcohol Questionnaire, опросник алкогольной зависимости SADD и шкалы оценки состояния отмены алкоголя CIWA-аg. Оценка проводилась при поступлении больных. На втором этапе семи обследуемым проводилась функциональная МРТ по методике resting-state без эмоционально-провокационных стимулов. Изображения проецировались на MNI – международный анатомический атлас МРТ. Контрольной была группа пациентов с диагнозом синдрома зависимости от алкоголя вне абстинентного состояния.

**Результаты.** При сравнении нейровизуализационных характеристик у больных с различной выраженностью аддиктивных и абстинентных расстройств статистически достоверных различий в морфофункциональных изменениях со стороны головного мозга не выявлено. Но найдены определенные характеристики функционального состояния коры головного мозга при абстиненции.

По сравнению с группой контроля, испытуемые демонстрировали избыточные BOLD активации в верхней передней правой и средней лобной извилинах (BA 10, 46); опускающиеся к островку (insula – BA 6, 13); к левой средней и верхней лобной извилинам (BA 10); захватывая медиальную префронтальную кору (BA 6), правую и левую заднюю затылочную кору (BA 7, 40) и правую язычковую извилину (right lingual gyrus – BA 18).

**Выводы.** В результате применения фМРТ были выявлены нарушения в структурах входящих в состав кортикальных «нервных кругов», дис-

функция которых может играть основную роль в патогенезе абстиненции. Однако, ввиду малого количества обследуемых, статистически достоверных различий в морфофункциональных изменениях со стороны головного мозга выявлено не было.

## ИММУНОКЛЕТОЧНЫЕ И ИММУНОХИМИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬ-ИНДУЦИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ. РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ

Панченко Л.Ф.<sup>1,2</sup>, Пирожков С.В.<sup>1</sup>,  
Теребилина Н.Н.<sup>1</sup>, Наумова Т.А.<sup>1</sup>,  
Баронец В.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт общей патологии  
и патофизиологии РАМН РФ, Москва

Согласно гипотезе единой нейроиммунно-эндокринной оси, мессенджерами нейроиммунных взаимодействий выступают как нейромедиаторы, так и многочисленные цитокины, способные проникать через ГЭБ и влиять на экспрессию нейромедиаторных и опиоидных рецепторов в нервных клетках. Нами был проведен корреляционный анализ влияния различных иммунноклеточных показателей и уровня цитокинов на выраженность энцефалопатии у 172 больных алкогольными заболеваниями печени. Выявлена достоверная корреляция степени энцефалопатии с различными сдвигами иммунных показателей у больных, при этом конкретная картина корреляционных связей зависела от характера воспалительной реакции, ассоциированного с доминированием одного из двух полярных фенотипов активированных моноцитов/макрофагов. При доминировании у больных фенотипа моноцитов с резко повышенной активностью NO-синтазы (NOS-гиперактивный фенотип), оценивавшейся гистохимической реакцией на НАДФН-редуктазный домен NOS, основными эффекторами воспалительной реакции, коррелировавшими положительно с выраженностью энцефалопатии, выступали активированные Т-лимфоциты (коэффициент корреляции Пирсона  $r=0,42$ ,  $p<0,01$ ), CD8+ лимфоциты ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), натуральные киллерные клетки ( $r=0,26$ ,  $p<0,05$ ) и провоспалительный цитокин IL-6 ( $r=0,26$ ,  $p<0,05$ ). При доминировании моноцитов с резко сниженной по сравнению с нормой активностью NOS (NOS-дефицитный фенотип) развивался другой тип воспалительной реакции, при котором с энцефалопатией положительно коррелировали нейтрофилы ( $r=0,54$ ,  $p<0,001$ ) и вакуолизированные, перегруженные липидами моноциты ( $r=0,45$ ,  $p<0,01$ ). NOS-дефицитный фенотип моноцитов характеризуется высокой активностью индоламин-2,3-диоксигеназы, смещающей метаболизм триптофана с синтеза серотонина на продукцию легко проникающих через ГЭБ нейротоксических метаболитов и агонистов

NMDA- рецепторов. Таким образом, как гипер-, так и гиподисфункция NOS в макрофагах оказывает в равной мере энцефалотоксическое действие, хотя конкретные механизмы, ответственные за этот эффект, существенно различаются и требуют разных подходов к терапевтической коррекции энцефалопатии.

## ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕЛАТОНИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У КРЫС

Панченко Л.Ф., Попова Т.Н.,  
Матасова Л.В., Рахманова Т.И.

Воронежский государственный университет,  
г. Воронеж

В настоящее время доказано, что хроническая алкогольная интоксикация приводит к окислительному стрессу, наиболее выраженному в печени (Koch O.R., 1991). В качестве средства антиоксидантной защиты привлекает внимание гормон мелатонин, продуцируемый эпифизом и экстрапинеальными тканями, участвующий в синхронизации биоритмов, регуляции репродуктивной и иммунной систем, антистрессовой защите (Yu H.S., 1993). Целью работы явилось исследование влияния мелатонина на активность трансаминаз в сыворотке крови и степень фрагментации ДНК, выделенной из печени крыс, при хронической алкогольной интоксикации. Использовались белые лабораторные крысы-самцы массой 150–200 г. Животных контрольной группы (n=20) содержали на стандартном режиме вивария; 2-ю группу (n=19) составляли крысы с хронической алкогольной интоксикацией, которую создавали путем добавления к стандартному рациону 15% этанола регулярно в течение месяца; в 3-й группе (n=18) животным с 14-го дня развития патологии внутривенно вводили мелатонин в дозе 1 мг/кг; крысам 4-й группы (n=16) по той же схеме вводили мелатонин в дозе 2 мг/кг. Материал для исследования забирали через 28 дней после начала алкоголизации. Активность ферментов определяли спектрофотометрически. ДНК выделяли фенольно-хлороформным методом, степень фрагментации выявляли методом электрофореза. Данные обрабатывали с использованием t-критерия Стьюдента, различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . При хронической алкогольной интоксикации активность аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в сыворотке крови была повышена соответственно в 1,5 и 1,3 раза относительно контроля, что может свидетельствовать о цитолизе гепатоцитов. ДНК тканей крыс с хронической алкогольной интоксикацией была фрагментирована по сравнению с ДНК контрольных проб с образованием характерной «апоптотической лестницы». Воздействие мелатонина в дозах 1 и 2 мг/кг приводило к снижению активности АЛАТ в сыворотке крови крыс с хронической алкогольной интоксикацией соответственно в 1,4 и 1,5 раза; активность АсАТ

при этом также снижалась до уровня контроля, и степень фрагментации ДНК была менее выражена по сравнению с патологией. Полученные данные свидетельствуют о гепатопротекторном действии мелатонина и могут быть объяснены его антиоксидантными свойствами (Reiter R.J., 2000).

## ОСОБЕННОСТИ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ ДИХОТОМИЧЕСКОГО СТИМУЛА ПРИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СОСТОЯНИИ НАРКОТИЗАЦИИ

Парин С.Б.<sup>1</sup>, Полевая С.А.<sup>1,2</sup>, Чернова М.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Нижегородский государственный университет  
им. Н.И. Лобачевского,

<sup>2</sup>Нижегородская государственная медицинская академия,  
г. Нижний Новгород

Несмотря на комплекс мер, направленный на лечение и профилактику наркотической зависимости, количество лиц, употребляющих наркотики, продолжает увеличиваться. Одной из причин возрастания числа наркозависимых является отсутствие метода, позволяющего посредством наблюдения изменений внутренних процессов при наркотизации обнаружить употребление наркотика на самых ранних стадиях, при еще не сформировавшемся синдроме зависимости. В рамках данной работы в качестве такого инструмента скрининга наркотизации был предложен метод компьютерной латерометрии, с помощью которого осуществлялся поиск показателей звуко-локационной функции, специфичных для наркозависимых при наркотизации.

При сравнении пороговых характеристик латерализации дихотомического стимула у людей в состоянии опиатной наркотизации и людей, не употребляющих наркотические средства, прежде всего были выявлены некоторые особенности, характерные для наркозависимых, – такие, как дефицит правополушарной функции, что, очевидно, связано с деградацией рецепторного аппарата в правом полушарии вследствие употребления опиатов, и завышенные пороги латерализации относительно нормы, что свидетельствует о замедленной обработке сигнала в состоянии наркотизации.

Далее с помощью кластерного анализа было выделено пространство параметров, при попадании в которое пороговых характеристик конкретного испытуемого можно с вероятностью 93% утверждать, что он употребляет наркотики опиатного ряда.

Таким образом, были найдены параметры звуко-локационной функции, специфичные для наркозависимых испытуемых при наркотизации, что свидетельствует об эффективности метода компьютерной латерометрии для скрининга наркотизации.

Однако представляется важным отметить, что метод компьютерной латерометрии не пригоден для диагностики наркотической зависимости, так как выявленные особенности звуко-локализа-



ционной функции могут наблюдаться у людей, не употребляющих наркотические средства, с нарушенными функциями правого полушария, при рассеянном внимании, при нарушении сенсомоторного взаимодействия. Тем не менее данный метод может стать базой для разработки комплекса методов скрининга наркотизации.

### МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДИНАМИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Пауков В.С., Воронина Т.М., Кириллов Ю.А.

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

На основании клинико-морфологических исследований нами предложена концепция алкогольной болезни (АБ), имеющей стадийное развитие: стадия эпизодических алкогольных интоксикаций, стадия пьянства и стадия алкоголизма. Стадия пьянства характеризуется влечением к алкоголю, но отсутствием зависимости от него, что отличает пьянство от алкоголизма, при котором развивается психическая и физическая зависимость от алкоголя.

Каждая из стадий АБ имеет морфологическое выражение в виде артериосклероза, прогрессирующих дистрофических и склеротических изменений внутренних органов. Нарастающие в динамике хронической алкогольной интоксикации повреждения печени приводят к снижению ее базального метаболизма и поступлению в кровь ацетальдегида, который, соединяясь с катехоламинами, образует опиаты, обуславливающие физическую и психическую зависимость от алкоголя. Ацетальдегид вызывает повреждения всех внутренних органов, в том числе и гематоэнцефалического барьера, а также способствует развитию энцефалопатии, что нарушает циркуляцию спинномозговой жидкости и способствует нарастанию дистрофических изменений нейронов головного и спинного мозга. При разрушении гематоэнцефалического барьера образуется блок на уровне астроцит–нейрон, что способствует гипоксии мозга и белковой дистрофии его нейронов, приводящей к их атрофии, некробиозу и апоптозу. Это проявляется в нарастании количества темных, темных сморщенных нейронов и «клеток-теней». В стадию пьянства количество поврежденных таким образом клеток составляет 22,9%, при алкогольном эксцессе на фоне пьянства количество их увеличивается до 33%. В стадию алкоголизма отмечается обеднение ткани мозга клеточными элементами, количество погибающих нейронов достигает 47,6%, а при алкогольных эксцессах – 56,7%.

Таким образом, если в стадию пьянства возникшие морфологические изменения практически всех органов либо обратимы, либо хорошо компенсированы, то в стадию алкоголизма, которая характеризуется постоянными алкогольными эксцессами, эти изменения необратимы и прогрессируют по при-

нципу порочного круга. Поэтому основное внимание клиницистов должно быть сконцентрировано на диагностике и лечении АБ именно в стадии пьянства, так как она излечима при условии употребления алкоголя в пределах базального метаболизма печени.

### ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Пахтусова Е.Е., Ионов Л.Л.,  
Солдатенко В.А., Малыгин В.Л.

*МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗСР РФ, Москва*

**Цель исследования:** изучение проявлений СДВГ у лиц с нарушениями пищевого поведения и связь проявлений данного синдрома с различной патопсихологической симптоматикой.

Вопросы, касающиеся проблемы этиологии и патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии «Синдрома дефицита внимания и гиперактивности», остаются актуальными и являются малоизученными, особенно это касается появления синдрома во взрослом возрасте. Исследование связи СДВГ у взрослых лиц с нарушениями пищевого поведения ранее не проводилось в России и является малоизученной, несмотря на серьезную проблему ожирения во всем мире.

**Методы исследования.** Для выявления наличия и видов нарушения пищевого поведения у испытуемых использовался «Голландский опросник пищевого поведения» (DEBQ). Для исследования внимания была использована «Корректирующая проба» (тест Бурдона). Для исследования выраженности патопсихологической симптоматики использовался опросник выраженности патопсихологической симптоматики Дерогатиса (SCL-90-R). На базе медицинского диетологического центра «Клиника доктора Ионовой» были обследованы 45 пациентов с диагнозом «ожирение и избыточная масса тела», в возрасте от 24 до 57 лет.

**Результаты исследования.** Во всей группе обследуемых были выявлены различные виды пищевого поведения. У 29 человек, что составляет 64% от общей группы, выявлены признаки СДВГ, у 16 человек (36%) признаки СДВГ не выявлены. По отсутствию/наличию признаков СДВГ общая группа испытуемых была разделена на две группы. Результаты корректирующей пробы показали, что уровень концентрации, устойчивости и переключаемости внимания в группе с выявленными признаками СДВГ (группа 1) достоверно ниже, чем в группе без признаков СДВГ (группа 2).

В группе 1 по результатам опросника Дерогатиса выраженность всех симптомов значимо выше, чем в группе 2. Анализ корреляционных связей ( $r$  Спирмена) между общим баллом наличия признаков СДВГ и показателями концентрации, устойчивости и переключаемости внимания выявил статистичес-

ки значимые отрицательные корреляционные связи со всеми показателями внимания.

**СОДЕРЖАНИЕ МРНК  
НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА  
МОЗГА И ЕГО РЕЦПТОРА В ОТДЕЛАХ  
ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ПРИ ДЕЙСТВИИ  
МОРФИНА ЗАВИСИТ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ  
ИНТОКСИКАЦИИ**

**Перегуд Д.И.<sup>1,3</sup>, Яковлев А.А.<sup>1,2,3</sup>,  
Панченко Л.Ф.<sup>1,3</sup>, Гуляева Н.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Национальный научный центр наркологии,

<sup>2</sup>Институт высшей нервной деятельности  
и нейрофизиологии РАН,

<sup>3</sup>НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН,  
Москва

*Исследование выполнено при поддержке  
гранта РФФИ № 10-04-01403-а.*

Согласно современным представлениям, интоксикация опиатами и последующее формирование зависимости от них может сопровождаться нейропластическими изменениями на молекулярном, структурном и физиологическом уровнях. Нейротрофический фактор мозга (англ. Brain-derived neurotrophic factor – Bdnf), активируя высокоаффинный рецептор Ntrk2, может участвовать в реализации нейропластических изменений при опийной зависимости, однако закономерности его экспрессии при интоксикации опиатами и опийной зависимости исследованы недостаточно. Целью настоящей работы явилось исследование уровня мРНК Bdnf и его рецептора Ntrk2 в отделах головного мозга при острой интоксикации и после спонтанной отмены морфина у крыс со сформированной зависимостью от наркотика. Острую интоксикацию моделировали путем однократной внутрибрюшинной инъекции морфина в дозе 10 мг/кг. Для формирования зависимости морфин вводили внутрибрюшинно дважды в день в возрастающих дозах от 10 до 100 мг/кг. Экспрессию мРНК Bdnf во фронтальной коре, стриатуме, гиппокампе и среднем мозге оценивали посредством проведения полимеразной цепной реакции в режиме реального времени после этапа обратной транскрипции через 1 или 2 часа после острой интоксикации или через 40 часов после спонтанной отмены морфина. Острая интоксикация морфином не вызывала значимых изменений уровня мРНК Bdnf и Ntrk2 в отделах головного мозга крыс. Напротив, при спонтанной отмене морфина уровень мРНК Bdnf и Ntrk2 повышался во фронтальной коре, гиппокампе и среднем мозге. Таким образом, экспрессия Bdnf и Ntrk2 в отделах головного мозга повышается только при сформированной зависимости от морфина, когда, согласно данным литературы, отмечаются нейропластические изменения. Предполагается, что изменение экспрессии Bdnf и его рецептора в мезокортиколимбической системе может составлять один из механизмов нейропластических изменений, наблюдаемых при формировании зависимости от опиатов.

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ  
КРИТЕРИИ ДЕВИАНТНОГО  
И ПАРАФИЛЬНОГО (ЗАВИСИМОГО)  
СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Перехов А.Я.**

ГБОУ ВПО РостГМУ МЗСР РФ,

г. Ростов-на-Дону

В связи с полным феноменологическим сходством сексуального девиантного («атипичного») поведения и прогрессивных парафилий (расстройства сексуального предпочтения – F65 по МКБ-10) большое значение приобретают вопросы дифференциальной диагностики. Основным клиническим отличием является наличие или отсутствие парности сексуальной функции, а также факта зависимого поведения. О зависимости при парафилиях можно судить по присутствию и выраженности обсессивно-компульсивной симптоматики, которая проявляется в труднопреодолимой тяге к действиям, снижению возможности контролировать свое поведение в период эксцесса, росте толерантности (отклоняемость сексуального поведения от нормативных стандартов и уменьшение психотропного эротизирующего эффекта вследствие частого повторения), психофизическом дискомфорте вне подготовки и реализации сексуальных эксцессов, увеличении продолжительности и повторяемости аномального сексуального поведения в виде многоэпизодности или серийности (Бухановский А.О., 2002). Сексуальные девиации и парафилии в период их становления носят эго-дистонический характер, при полном развитии парафилии все более приближаются к эго-синтоническому реагированию. Так же, как основой любого поведенческого акта является генератор физиологический усиленного возбуждения (ГФУВ), так и основой аномального зависимого поведения является возникновение генератора патологически усиленного возбуждения (ГПУВ) в ЦНС. При отсутствии прогрессирования процесса образовавшийся ГПУВ не будет вызывать собственно болезни, но может определять девиантные проявления сексуальности в виде особых предпочтений. С сексологической точки зрения такое поведение будет обозначаться как «атипичное», но не болезненное (часто с моральной точки зрения – безнравственное или странное). Такая девиация только свидетельствует о возможностях многообразия сексуального поведения. При прогрессировании аутоэротических парафилий по механизмам вторичной эндогенизации появляется патологическая детерминанта, которая реализует свой эффект через образование патологической системы (Крыжановский Г.Н., 2001). Если патологическая система остается малой мощности или очень медленно прогрессирует, то образуется «монопарафилия», при быстром прогрессировании наблюдаются множественные расстройства сексуального предпочтения или «полипарафилии».

## ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

Перехов А.Я., Солдаткин В.А.

ГБОУ ВПО РостГМУ МЗСР РФ,  
г. Ростов-на-Дону

Никотиновая (табачная) зависимость – самая распространенная в мире среди зависимостей от ПАВ. По рейтингу зависимости табак уступает только героину и кокаину, опережая алкоголь, амфетамины, марихуану (Ланцет, 2007; 369: 1047–1053). Однако табачной зависимости присущ и ряд специфических черт, отличающих ее от других токсикоманий. Так, при ней не развивается выраженных психических нарушений и изменений личности, что, очевидно, и делает этот вид патологического пристрастия социально терпимым. Кроме того, при никотинизме роль психологических факторов в становлении пристрастия, по-видимому, выше, чем при любой другой токсикомании. Способность повлиять на отказ от курения – главная обязанность каждого практикующего врача, чьи пациенты курят (ВОЗ, 2009). Около 70% постоянно курящих людей хотели бы бросить курить. Однако самостоятельно отказаться от курения для многих очень трудно, что определяется зависимостью и другими патофизиологическими механизмами воздействия табака. Только 7% пожелавших прекратить курение смогли достичь 1 года воздержания от курения за счет собственных волевых усилий. Остальные нуждаются в медикаментозной и психологической помощи. Назначение психотропных средств при табачной зависимости играет подчиненную, вспомогательную роль по сравнению с методами психотерапии. Это связано с тем, что пристрастие к табаку носит преимущественно психологический характер. Лечение психотропными средствами должно быть направлено на снятие тягостных явлений абстиненции у курильщика. В арсенале врачей до последнего времени использовались: никотинзамещающая терапия, цитизин, бупропион не применялся, так как не был зарегистрирован в РФ. Фактически использовалась только заместительная терапия, что без психотерапевтической и реабилитационной работы давало только кратковременный результат. Появление варениклина как препарата агониста-антагониста дало надежду на «прорыв» в трудной проблеме лечения никотиновой зависимости. Сам препарат достаточно эффективен, но результаты его применения пока оказались не столь высокими, как ожидалось. Это связано с организацией помощи больным с зависимостями. Информация о препарате и даже первичное назначение вполне возможно врачами-интернистами. Однако дальнейшее сопровождение необходимо с помощью психиатров-наркологов и психологов/психотерапевтов, так как основные проблемы возникают не в период абстиненции, а в период формирующейся ремиссии. Обеспечить массовую помощь наркологическая служба не может из-за своей малочисленности и стигматизации. Единственным выходом на современном этапе пред-

ставляется широкое использование центров «Здоровье» в стране, при условии постановки вопросов лечения и профилактики никотиновой зависимости в них как приоритетных.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Петрова Е.В., Николаев В.М., Петров О.А.

Пензенский институт усовершенствования врачей,  
г. Пенза

**Целью исследования** было изучение эффективности когнитивно-поведенческого подхода у больных алкоголизмом (72 чел.). Клинический анализ позволил выделить две группы пациентов в зависимости от их ведущих мотивационных установок.

1. Больные с гедонистическими установками (38 чел.) характеризовались признаками личностной незрелости: инфантилизмом, желанием к немедленному удовлетворению потребностей, неспособностью к эмпатии и неумением строить взаимоотношения, уходом от ответственности и сравнительно низкой социальной адаптацией в обществе. Их отличало большое количество лиц, занимающихся низкоквалифицированным трудом, с невысоким образовательным уровнем, не сумевших создать полноценную семью. Больные данной группы также отличались более молодым возрастом – 18–35 лет. Практически не встречались пациенты с малопрогрессирующими формами течения алкоголизма.

Во время проведения когнитивно-поведенческой терапии акцент был сделан на поведенческие методы. Результаты лечения по истечению двух лет наблюдения оказались следующими: 18 человек (47,4 %) имели ремиссию 2 года, 14 человек (36,8 %) – свыше 1 года, 6 человек (15,8 %) – менее одного года.

2. Больные с атарактической установкой (34 человека) обладали более высокими социально-адаптационными возможностями, нравственно-этическими установками. Пациенты этой группы – в основном лица среднего возраста (старше 30 лет), почти все со средним специальным и высшим образованием, устойчивым семейным положением и социальным статусом. У большинства из них течение алкоголизма носило малопрогрессирующее и умеренно прогрессирующее характер.

Из когнитивно-поведенческих техник в данной группе применялись когнитивное переструктурирование, тренинг самоконтроля. По истечению двух лет терапевтического наблюдения 25 человек (73,5%) имели ремиссию 2 года, 7 человек (20,6 %) – свыше 1 года, 2 человека (5,9 %) – менее одного года.

Таким образом, дифференцированное применение когнитивно-поведенческих методов психотерапии с учетом мотивационных особенностей

больных алкоголизмом способствует формированию длительных ремиссий. У пациентов с атактической установкой отмечается стойкая тенденция к более высоким показателям длительности ремиссии, чем в группе больных с гедонистическими установками и признаками личностной незрелости.

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ДЕТСТВА И НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Писарук В.И.

*РНПЦ психического здоровья,  
г. Минск, Республика Беларусь*

По данным ООН, в Республике Беларусь проживает как минимум 50 тыс. людей, зависимых от наркотических веществ, что является довольно высокой цифрой. Из них более 50% – это мужчины в возрасте от 21 до 30 лет. У многих из них есть отклонения в поведении в детстве. Резонно поставить вопрос по изучению особенностей поведения в детском возрасте для последующей разработки ранних мер профилактики. **Цель:** определить, как влияют особенности психического развития в детстве на формирование наркотической зависимости у лиц мужского пола молодого возраста для обоснования методов профилактики. **Задачи:** изучить личностные особенности у лиц основной (ОГ) и контрольной (КГ) групп; произвести сравнительную характеристику; изучить взаимосвязь детского поведения с поведенческими феноменами в молодом возрасте; изучить влияние особенностей детского поведения на личностные характеристики в исследуемых группах; обосновать необходимость мероприятий по ранней профилактике. **Методы и материалы:** обследовано 30 человек, страдающих наркотической зависимостью – ОГ на базе «РНПЦ психического здоровья», и 31 человек без наркотической зависимости – КГ из общей популяции. Основная и контрольная группы набирались методом случайной выборки. Использовались опросник уровня реабилитационного потенциала (Т.Н. Дудко), пятифакторный опросник личности (МакКрэй и П. Коста), статистическая обработка данных SPSS-17.0 (Наследов А.Д.) и анкета для исследования особенностей поведения в детском и молодом возрасте. **Результаты:** выявлено, что у пациентов, страдающих наркоманией, наиболее типичными личностными характеристиками являются: эмоциональность, доминирование, тревожность, депрессивность, самокритичность, низкий уровень понимания, самоконтролирования, предусмотрительности. Уровень реабилитационного потенциала в ОГ заметно ниже, чем в КГ. Из особенностей детского поведения, которые являются индивидуальными факторами риска для формирования наркотической зависимости в подростковом и молодом возрасте, доминируют прогулы в школе, побеги из дома, конфликты с родителями, участие в драках, использование предметов для нанесения телесных

повреждений другим людям, воровство, лживость, подверженность насилию, частое проявление чувства гнева. Исходя из этих данных была определена регрессионная модель детского поведения, определяющая склонность к наркотической зависимости, включающая воровство, прогулы школы, чувство гнева и насилие над ребенком. Данные особенности детского поведения необходимо учитывать при работе с детьми.

## ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА И ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ

Погосов А.В., Аносова Е.В.

*Курский государственный медицинский университет,  
г. Курск*

В последние годы в России наблюдается тенденция к росту злоупотребления пивом. Ряд подростков для усиления эффекта алкогольных напитков низкой крепости употребляют коноплю, что способствует формированию сочетанной зависимости. **Целью исследования** было изучение личностных изменений у подростков при сочетанном течении пивного алкоголизма, осложненного гашишной наркоманией.

Клинико-психопатологическим, экспериментально-психологическим (ПДО Личко-Иванова) методами обследовано 60 подростков мужского пола в возрасте от 16 до 18 лет.

Установлена сложная структура личностных изменений, представленная формированием криминальной направленности, характерологическими нарушениями; симптомами, отражающими специфическую трансформацию интересов; симптомами, характеризующими отношение к болезни и лечению.

Нарастание тяжести проявлений сочетанной зависимости способствовало снижению познавательной мотивации (вплоть до прекращения обучения), формированию криминальной направленности личности, отражавшейся в значительной криминальной активности. Преобладание среди преступлений насильственных, а также связанных с незаконным оборотом наркотиков отражало нарастание эмоционально-волевых нарушений, высокую интенсивность патологического влечения и поиск способов его удовлетворения.

В структуре характерологических нарушений у подростков с сочетанной зависимостью от пива и каннабиноидов усиливаются либо формируются черты «специфического типа характера» в виде сочетания черт неустойчивого, истероидного, эпилептоидного и лабильного типов.

Описан комплекс специфической трансформации интересов, связанной с употреблением конопли, включающий три группы симптомов, отражающих интерес к коллекционированию, поиску

новой информации о конопле, а также своеобразное проведение досуга.

Отношение подростков к болезни и терапии выражалось анозогнозией, уклонением от лечения, демонстрацией скептического отношения к специализированной наркологической помощи.

Изменения личности, наряду с другими проявлениями синдрома комплекса наркоманической зависимости, способствуют социальной дезадаптации подростков, проявляющейся в значимых сферах их деятельности (учебный процесс, хобби, общение в семье).

Личностные изменения, социальная дезадаптация требуют активизации профилактической работы с подростками, проводимой сотрудниками организаций субъектов профилактики.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБРАЗА «Я» И ОБРАЗОВ РОДИТЕЛЕЙ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Подгайская И.Г.

СПбГУ, Санкт-Петербург

Образы родителей, сформированные в детстве, являются носителями морально-этических норм, идеалов и поведенческих стереотипов, на основании которых индивид строит свое взаимодействие в социуме. Негативные представления о родителях могут оказывать влияние на образ «Я» индивида, препятствовать успешности его адаптации.

**Целью исследования** являлось изучение взаимосвязи образов «Я» и родителей в представлениях взрослых больных с химическими аддикциями и в контрольной группе.

Исследование проводилось при помощи методики «Семантический дифференциал» («СД»). Изучались параметры: «Я», «Мать», «Отец», «Идеальная мать», «Идеальный отец»; анализу подвергались стандартные шкалы: «Оценка» (О), «Сила» (С), «Активность» (А). Было измерено расстояние в трехмерном пространстве в осях «СД» между точками, описывающими реальные и идеальные образы «Я» и родителей. В результате были получены шкалы: «Мать – идеал. мать», «Отец – идеал. отец», «Я – мать», «Я – отец».

Объектом исследования являлись больные с героиновой и алкогольной аддикциями – 153 человека и контрольная группа – 60 человек. Средний возраст аддиктов составлял  $34,4 \pm 0,62$  года; контрольной группы –  $32,3 \pm 1$ . Проведенное сравнение средних показателей полученных шкал в исследуемых группах по критерию Манна-Уитни, выявило наличие статистически значимых различий по всем рассматриваемым параметрам. Был проведен корреляционный анализ между полученными шкалами и шкалами «СД». В группе лиц с аддиктивной патологией шкала «Я – мать» отрицательно коррелирует со шкалами «Я (О)» ( $r=-0,2, p<0,01$ ), «Я (С)»

( $r=-0,3, p<0,01$ ), «Мать (О)» ( $r=-0,2, p<0,01$ ); шкала «Я – отец» отрицательно взаимодействует со шкалами «Я (С)» ( $r=-0,2, p<0,05$ ), «Отец (О)» ( $r=-0,2, p<0,01$ ). В контрольной группе параметр «Я – мать» отрицательно взаимосвязан со шкалами «Отец (О)» ( $r=-0,3, p<0,05$ ), «Отец (С)» ( $r=-0,3, p<0,05$ ), «Отец (А)» ( $r=-0,3, p<0,05$ ) и положительно со шкалой «Мать – идеал. мать» ( $r=0,4, p<0,01$ ); шкала «Я – отец» отрицательно коррелирует со шкалами «Отец (О)» ( $r=-0,3, p<0,05$ ), «Отец (С)» ( $r=-0,5, p<0,01$ ), «Отец (А)» ( $r=-0,4, p<0,01$ ).

Из приведенных выше данных видно, что в представлениях аддиктивных больных образы «Я» и родителей имеют гораздо меньше сходства и окрашены более негативно, чем в нормативной группе. У аддиктов представление о своем сходстве с родителями взаимосвязано прежде всего с эмоциональным принятием себя и родителя; в нормативной группе – с обязательным принятием обоих родителей, особенно отца.

## СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ АДДИКТИВНЫМ И САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

Польская Н.А.<sup>1</sup>, Разваляева А.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского, г. Саратов

<sup>2</sup> Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

*Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант №10-06-00511а).*

Самоповреждающее поведение рассматривается как нанесение повреждений собственному телу, не носящее суицидальной направленности и представленное большим разнообразием действий, являющихся нормативными для данной культуры или выходящими за рамки нормы, возникающее у психически здоровых или психически больных людей, проявляемое по импульсивному или компульсивному типу.

Возможно проведение аналогии между самоповреждающим и аддиктивным поведением. При этом важно отметить несколько аспектов.

Во-первых, самоповреждающее поведение, как и аддиктивное, может быть связано с нарушениями нейрохимического баланса или нейронных структур (Stein D.J., Zohar J., Simeon D., 2002).

Во-вторых, согласно существующим когнитивно-поведенческим моделям, в частности модели избегания переживания, самоповреждающее поведение объясняется через цикл, в результате которого индивид достигает желанного чувства облегчения невыносимого аффекта. Непереносимость аффекта ощущается сильнее при наличии таких факторов, как высокая интенсивность эмоций, сложность контроля над ними, низкая терпимость к дистрессу, плохо развитый навык эмоциональной саморегуляции. Этот цикл закрепляется и автоматизируется в результате многократного повторения и генерализации.

зается, запускаясь в ответ на любой раздражитель, ведущий к сильным эмоциям (Chapman A.L., Gratz K.L., Brown M.Z., 2006), становясь в некоторой степени аддиктивным. В данном случае общим для самоповреждающего и аддиктивного поведения является стремление изменить свое состояние, как на психологическом, так и на физиологическом уровне. В некоторых исследованиях испытуемые указывают на неконтролируемость совершения актов самоповреждения, его непреодолимость или нежелание его преодолеть (Stein D.J., Zohar J., Simeon D., 2002).

Отличие аддиктивного от самоповреждающего поведения – в мотивации, стоящей за ними. В случае аддикции стремление к изменению своего состояния детерминировано направленностью на получение удовольствия, положительно окрашенных эмоций, чувств и переживаний, то есть гедонистический мотив является одним из ведущих в структуре аддикции (по крайней мере, на первых этапах ее формирования). Тогда как при самоповреждающем поведении данная детерминация связана со стремлением избежать или предотвратить опыт негативных переживаний; ведущим мотивом оказывается мотив избегания нежелательных (болезненных, тревожащих) чувств.

## ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА УМЕРЕННЫХ ОБЪЕМОВ ПИВА НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Пометов Ю.Д., Калинина А.Г.,  
Романченко В.В., Смагина Д.Б.

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

**Цель исследования.** Сравнительное изучение действия пива «Балтика классическое» № 3, принимаемого в объемах 1,0 л и 1,5 л, на психофизиологическое состояние человека.

Исследование проведено в лабораторных условиях с участием 12 здоровых мужчин-добровольцев. Каждый из них в случайном порядке участвовал в исследовании три раза: один раз – употреблял пиво в объеме 1,0 л, второй – в объеме 1,5 л, в третий – питьевую воду (напиток сравнения). Дозы алкоголя в пересчете на чистый этанол составили в среднем 0,5 г/кг и 0,87 г/кг, что соответствует легкой степени опьянения.

**Методика исследования.** Оценку психофизиологического статуса проводили до и через час после приема напитков с помощью компьютерной психометрии. С интервалами в 30 минут определяли содержание паров алкоголя в выдыхаемом воздухе на анализаторе «АКПЭ-01», пульс и артериальное давление. Оценивали также сложную операторскую деятельность на модели автотренажера с регистрацией: времени прохождения трассы, повреждения. Результаты оценивали методами параметрической и непараметрической статистики.

**Результаты исследования.** Легкая степень опьянения обнаруживалась при приеме 1,5 литра пива. Максимальное содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе составило в среднем 240 мкг/л (0,5 промилле) при приеме 1,0 л пива и 360 мкг/л (0,8 промилле) при приеме 1,5 л пива и достигло нулевого уровня к 4-му и 6-му часу соответственно. В состоянии покоя артериальное давление и пульс изменялись незначительно, за исключением снижения систолического давления при приеме пива в дозе 1,0 л. Треморометрия и теппинг-тест не выявили существенного влияния приема пива на двигательные навыки. Достоверно ухудшились простая и сложная зрительно-моторная реакции при приеме 1,5 л пива. Объем оперативной памяти, однако, сохранился на исходно высоком уровне. Только лишь прием 1,5 литра пива оказал достоверное ухудшение качества вождения автомобиля: время прохождения трассы достоверно увеличилось – с 3,3 мин до 3,6 мин, а степень «повреждения автомобиля» возросла с 24,5% до 59,5%.

**Заключение.** Полученные экспериментальные данные свидетельствуют о достоверно более выраженном влиянии приема 1,5 литров пива на психофизиологическое состояние человека по сравнению с приемом 1,0 л пива и контрольным напитком (вода). Это позволяет рекомендовать воздержание от управления автомобилем и выполнения точных профессиональных задач на протяжении, как минимум, 6 часов после приема пива в дозе 1,0–1,5 л. Описанные исследования могут быть использованы для диагностики состояния опьянения при освидетельствовании лиц.

## «АДДИКТИВНОЕ» СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ

Попов Ю.В., Пичиков А.А.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

**Целью настоящей работы** было выявление клинических особенностей «аддиктивного» суицидального поведения подростков, обуславливающих возможность правильной диагностики суицидоопасных психопатологических состояний, их дифференцированной и комплексной терапии. Было проведено клинко-психологическое обследование 34 подростков (18 девочек и 16 мальчиков в возрасте от 15 до 18 лет включительно), совершивших более двух суицидальных попыток.

Под суицидальным поведением принято понимать самые различные проявления и виды суицидальной активности. Причем это могут быть не только какие-либо действия, но и мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения. Этот термин особенно применим к подростковому возрасту, когда суицидальные проявления отличаются многообразием. Под «аддиктивной» формой суицидального поведения мы рассматривали раз-

личные виды повторяющегося суицидального поведения, становящегося для подростка привычной формой реагирования на стрессовые ситуации. У большинства обследованных подростков суицидальное поведение нередко сочеталось с самоповреждающим поведением, в этом случае разделение «желания смерти» и «намерения умереть» было достаточно условным. Такие подростки описывали облегчение своего эмоционального состояния после совершения как акта самоповреждения, так и после, непосредственно более серьезного по своим последствиям, суицидального акта. Суицидальная попытка в какой-то мере всегда имела демонстративный характер, позволяла временно сместить «фокус» внимания родителей, педагогов, друзей на решение временных проблем, связанных с оказанием медицинской помощи подростку.

Аффективное реагирование подростков, особенно если оно имело патологический характер, характеризовалось стереотипным повторением, так называемыми реакциями «клише». В последующем уже на любые проблемы подросток давал привычную реакцию.

Можно сказать, что он становился зависимым от привычной формы реагирования.

В работе с подростками, у которых имеются проявления «аддиктивного» суицидального поведения, очень важным является вскрытие и осознание ими причин и механизмов формирования подобного поведения. Безусловно, идеальным вариантом было бы проведение аналогичного анализа и с родителями подростков. К сожалению, в реальности это не всегда удается, но в любом случае работа с родителями подростка совершенно необходима. Не менее важным, на наш взгляд, является и формирование мотивации на изменение способов реагирования на значимые ситуации, работа с дезадаптивными копинг-стратегиями подростка.

### **ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПОВЕДЕНИЕ ПОЛОВОЗРЕЛОГО ПОТОМСТВА**

**Проскурякова Т.В., Шоханова В.А.,  
Станишевская А.В.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

В структуру зависимости от алкоголя входят нарушения поведения, в возникновении которых важную роль играют как социальные, так и биологические факторы, в частности употребление алкоголя во время беременности. В известной степени открытым остается вопрос о существовании гендерных различий в поведении потомства, рожденного от матерей, употреблявших во время беременности алкоголь, что и явилось целью настоящего исследования. Работа выполнена на крысах породы Вистар с начальной массой тела

160–180 г. В 1-й группе спаривание интактных самцов происходило на фоне употребления самками 10% этанола, тогда как во 2-й группе – на фоне употребления воды. Во время беременности самки 1-й группы продолжали употреблять 10% раствор этанола, а самки 2-й группы – воду. Самки 1-й группы родили меньшее количество крысят, чем самки 2-й группы (29 и 41, соответственно). Вскармливание потомства в обеих группах происходило в условиях потребления воды. В процессе развития у новорожденных обеих групп не было выявлено различий по таким признакам, как время открытия глаз, время появления волосяного покрова и прибавка массы тела. Тестирование половозрелого потомства в условиях свободного выбора между 5% раствором этанола и водой показало, что среди самок и самцов 1-й группы процент предпочитающих алкоголь животных составил 5% и 4% соответственно, тогда как среди самок и самцов 2-й группы – 1% и 2% соответственно. При исследовании потомства в экспериментальной модели тревоги (приподнятый крестообразный лабиринт) оказалось, что во 2-й группе животных уровень тревоги у самок был выше, чем у самцов (время пребывания на открытых лучах лабиринта составило  $61,6 \pm 8,2$  сек. у самок и  $91,5 \pm 8,1$  сек. у самцов,  $p \leq 0,05$ ). У потомства 1-й группы не было выявлено существенных различий в уровне тревоги между самками и самцами, но при этом было обнаружено значительное снижение уровня тревоги у самок 1-й группы по сравнению с самками 2-й группы (время пребывания на открытых лучах лабиринта составило  $135,0 \pm 10,3$  сек. и  $61,6 \pm 8,1$  сек. соответственно,  $p \leq 0,001$ ). Таким образом, употребление алкоголя во время беременности наносит больший вред потомству женского пола, что выражается в увеличении вероятности развития влечения к алкоголю и формирования поведения риска.

### **«КАЙФ-ЭФФЕКТЫ» КАРБАМАЗЕПИНА: ВЕРОЯТНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ?**

**Простяков А.И.**

*Новосибирская областная психиатрическая больница № 6  
специализированного типа, Новосибирский государственный  
медицинский университет, г. Новосибирск*

**Введение.** В условиях длительной изоляции пациентов с психической и аддиктивной патологией остро встают вопросы не только адекватно подобранной терапии, ее эффективности и переносимости, но и отдаленных последствий фармакологического лечения, его эквивалентности тому или иному патопсихическому состоянию. В условиях осуществления принудительного лечения (ПЛ; долгосрочной социальной изоляции) актуальной считается тема профилактики и лечения разных видов зависимостей, в том числе и к лекарственным препаратам, которые, как правило, формированию таковых не способствуют.

**Цель:** оценка влияния препарата Карбамазепин (К.) на психическое состояние пациентов, находящихся на ПЛ, как вещества, способствующего формированию аддикции.

**Материалы и методы.** В период 2009–2011 годов проводилась выборка пациентов ( $n=10$ ), находящихся на длительном ПЛ, принимавших К. и испытывавших при этом состояния, характеризующиеся как кайф-эффекты. При исследовании использовались методы клинического интервью и наблюдения.

**Результаты.** За три года работы представилось возможным наблюдать 10 случаев бесконтрольного приема таблеток К. с целью аддиктивной реализации. Некоторые побочные явления при приеме этого препарата могут способствовать возникновению такой реализации, например: снятие болевых ощущений соматоневрологического генеза, повышение настроения, слабость, сонливость, парестезии и некоторые другие. Клинические эффекты, наблюдаемые у этих пациентов, были другими: спутанность сознания, повышенная седация, раздражительная гипертимия и эмоционально-поведенческая расторможенность, мышечное расслабление. При этом мотивацией злоупотребления К. пациенты считали получение нескольких других эффектов, а именно: желание расслабиться, отвлечься, отдохнуть, забыться и поспать. Удалось выяснить, что факторами, способствующими возникновению таких ощущений, служили: длительная изоляция вне доступности традиционных аддиктивных агентов, аддиктивный анамнез, влияние «отрицательного лидера», ситуационное изменение настроения. Дозой, приводящей к кайф-эффекту, служил разброс 400–1000 мг на однократный прием. Несмотря на то что двум из 10 человек понадобились срочные детоксикационные процедуры, 4 пациента в последующем повторили неконтролируемый прием препарата.

**Заключение.** Таким образом, удастся сделать некоторые предварительные выводы об аддиктивных эффектах карбамазепина: 1) побочные и токсические явления лекарства могут восприниматься пациентами в условиях пролонгированного лечения как кайф-эффекты; 2) возникновение такой фиксации может служить фактором развития зависимости; 3) в условиях принудительного лечения присутствуют условия, способствующие поиску новых аддиктивных агентов.

## БЕРЕМЕННОСТЬ И АЛКОГОЛЬ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А.,  
Шешко П.Л.

*Российский университет дружбы народов, Москва*

Распространенность алкоголизма в России остается по-прежнему высокой и составляет 1,6% от общей численности населения. При этом в ряде регионов этот показатель стабилизировался на уровне 4–5%.

**Цель исследования:** изучить распространенность потребления алкоголя беременными, а также особенности течения беременности у потребительниц алкоголя.

**Материал исследования.** Были обследованы 32 беременных, систематически употребляющих алкоголь.

**Результаты исследования.** Средний возраст начала употребления алкоголя составил  $15,7 \pm 0,3$  года. Средняя частота употребления алкоголя – раз в неделю. Из алкогольсодержащих напитков беременные отдавали предпочтение вину, причем 56,25% женщин употребляли сухое вино, 26,5% – пиво, остальные 17,2% – шампанское.

17 беременных (53,1%) из 32 умеренно употреблявших алкоголь до беременности отрицали его употребление во время настоящей беременности. 3 беременные (9,4%) относились к категории сильнопьющих до момента наступления беременности. На вопрос об употреблении алкоголя во время настоящей беременности сильнопьющими женщинами 2 (66,7%) ответили утвердительно. В возрастной группе 31 год и старше никто не отказался от употребления алкоголя во время настоящей беременности.

При суммировании клинических особенностей беременных – потребительниц алкоголя установлено, что достоверными их отличиями от женщин, не употребляющих психоактивные вещества, являются: средний возраст старше 28 лет; низкий образовательный уровень (28,1% имеют высшее образование); отягощенный соматический анамнез – высокая частота анемий (25%); раннее начало половой жизни ( $15,98 \pm 0,21$  года); высокая частота воспалительных заболеваний матки и ее придатков (37,5%); отсутствие контрацепции (56,2%); высокая частота искусственных абортов (1,8 на одну женщину) в анамнезе; беременность вне брака (46,8%), в то время как в популяции число детей, рожденных матерями, не состоявшими в зарегистрированном браке, – 27%.

Особенностями течения настоящей беременности и родов явились у потребительниц алкоголя: угроза прерывания на протяжении всей беременности; маловодие (12,5%); плацентарная недостаточность (71,8%); преждевременное излитие околоплодных вод (28,1%); быстрые и стремительные роды (34,4%); родовой травматизм (15,6%); антенатальная гибель плода (3,1%).

### Выводы:

1. Среди беременных широко распространено употребление алкоголя – 46,9% являются потребительницами алкогольных напитков в той или иной мере, при этом из 9,4% «сильнопьющих» 2/3 продолжают употреблять алкоголь во время настоящей беременности (66,7%), все – старше 30 лет. В I триместре беременности прекращают прием алкоголя 53,1% женщин.

2. Начало XXI века в Российской Федерации характеризуется стабилизацией потребления психоактивных веществ беременными женщинами: в 2003 году было 48% беременных – потребительниц алкоголя, а в 2011 году – 46,9% являются потребительницами алкогольных напитков.



## ДЕЙСТВИЕ ВЕЩЕСТВ-ПРОТЕКТОРОВ НА РАЗЛИЧНЫЕ ЗВЕНЬЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Рахманова Т.И.<sup>1</sup>, Матасова Л.В.<sup>1</sup>,  
Попова Т.Н.<sup>1</sup>, Панченко Л.Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Воронежский государственный университет, г. Воронеж

<sup>2</sup> Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ, Москва

В рамках работы решалась задача по исследованию интенсивности свободнорадикальных процессов (СРП) и активности ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ) в тканях крыс при хронической алкогольной интоксикации и при действии мелатонина (М), тиоктовой кислоты (ТК), цитрата (Ц) на фоне развития данной патологии. Использовались белые лабораторные крысы-самцы массой 150–200 г. Животных контрольной группы (n=20) содержали на стандартном режиме вивария; 2-ю группу (n=12) составляли крысы с хронической алкогольной интоксикацией, которую создавали путем добавления к стандартному рациону 15% этанола регулярно в течение месяца; в 3-й группе (n=19) животным с 14-го дня развития алкогольной интоксикации внутрибрюшинно вводили ТК в дозе 35 мг/кг каждые 48 часов в течение последующих 14 дней; крысам 4-й группы (n=18) по аналогичной схеме вводили М в дозе 1 мг/кг; крысам 5-й группы (n=19) по представленной выше схеме вводили Ц в дозе 50 мг/кг. Материал для исследования забирали через 28 дней после начала алкоголизации. Данные обрабатывали с использованием стандартных статистических методов. Показано, что при алкогольной интоксикации в тканях крыс происходит развитие окислительного стресса, сопровождающегося накоплением продуктов липопероксидации и фрагментацией ДНК. Введение веществ-протекторов при развитии патологии приводило к торможению СРП. Установлено, что отдельные звенья АОЗ организма проявляют различную чувствительность к действию протекторов. Так, глутатионовая система, работа которой была подавлена в условиях патологии, при введении протекторов активируется. При этом больший эффект наблюдался в группах, которым вводили ТК и М: уровень восстановленного глутатиона в тканях возрастал до показателей контроля. В печени все исследуемые протекторы оказывали сходное активирующее действие на глутатионпероксидазу (ГП), а в сердце и сыворотке крови активность данного фермента в большей степени повышалась при введении М и ТК. Возрастные активности глутатионредуктазы (ГР) в сердце крыс наблюдалось только при введении М. В печени большая степень активации данного фермента наблюдалась при введении ТК и Ц, а в сыворотке – М. Установлено, что в большинстве случаев при введении протекторов при алкогольной интоксикации в различных тканях крыс наблюдалось изменение активности супероксиддисмутазы и каталазы в сторону нормы. Полученные данные свидетельствуют

о возможности коррекции нарушений метаболических процессов при алкогольной интоксикации с помощью введения веществ-протекторов.

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РЕЗИДУАЛЬНО- ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХОСИНДРОМА И КОМОРБИДНОГО АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ В КАЧЕСТВЕ ОБОСНОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Регунский К.Ю., Детков Д.В.

Уральская государственная медицинская академия МЗСР РФ,  
ГБУЗ СО № 3, г. Екатеринбург

Разработка научно обоснованных подходов к эффективной профилактике, ранней диагностике и результативному лечению резидуально-органического психосиндрома и коморбидных аддиктивных расстройств, в том числе раннего алкоголизма, у подростков в нашей стране является остро востребованной. **Цель исследования** – установление клиничко-психопатологических закономерностей становления у подростков резидуально-органического психосиндрома с коморбидным алкоголизмом и разработка оптимальных для данной группы больных профилактических, терапевтических и реабилитационных мероприятий.

**Материал и методы исследования.** За пятилетний период в исследование были включены 110 пациентов с психоорганическим синдромом и коморбидным алкоголизмом. Клинический метод являлся основным и включал клиничко-анамнестическое, клиничко-психопатологическое, клиничко-динамическое и клиничко-катамнестическое исследование. Верификация органического поражения головного мозга проводилась с помощью метода компьютерной электроэнцефалографии, ультразвуковой доплерографии сосудов головного мозга, а также нейропсихологической диагностики.

**Результаты исследования.** Формирование психоорганического синдрома у подростков обусловлено влиянием на головной мозг патогенных факторов на ранних этапах онтогенеза (пренатальный и перинатальный периоды). Поэтому их правомочно относить к резидуально-органическому психосиндрому. Возникновение алкоголизма облегчается наличием резидуально-органической почвы. Соотнесение отчетливых эпилептиформных паттернов ЭЭГ с клиническими проявлениями психоорганических расстройств свидетельствует о том, что центральными в развитии резидуально-органического психосиндрома и коморбидного алкоголизма являются механизмы, схожие с эпилептогенезом. Возникновение и развитие коморбидного алкоголизма проходит на фоне возрастной динамики психоорганических расстройств. Данный вариант подросткового алкоголизма отличается выраженной прогредиентностью.

Выбор психофармакотерапии у пациентов с резидуально-органическим психосиндромом и коморбидным алкоголизмом осуществляется с учетом полученных результатов комплексного исследования. Препаратами выбора являются антиконвульсанты, используемые при наличии признаков пароксизмальности головного мозга (патологическая активность на ЭЭГ, клинические проявления пароксизмальных и условно пароксизмальных феноменов в форме дисфорий, тиков, заикания, энуреза, парасомний). Вид патологической активности головного мозга на ЭЭГ (генерализованная или парциальная) определяет выбор антиконвульсанта. Кроме того, на фоне антиконвульсантов целесообразно использовать средства нейрометаболического ряда курсами по 30 дней с 2-месячными перерывами в течение 3–4 лет.

Психосоциальная работа оптимизирует биологические методы лечения.

## АНАЛИЗ АССОЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ДОФАМИНОВОГО РЕЦЕПТОРА D2 С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ФОРМЕ АЛКОГОЛИЗМА И СОЗАВИСИМОСТИ

Рожнова Т.М.

*Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва*

**Введение.** На настоящем этапе развития психиатрии актуальной проблемой является изучение расстройств зависимого характера. Психические и поведенческие нарушения, характеризующиеся доминантой зависимости, составляют наименее разработанную в теоретическом плане группу. Расстройство поведения, именуемое созависимостью и рассматриваемое преимущественно в контексте алкоголизма, в настоящее время представляет собой один из наименее изученных видов патологии и не имеет единой и точной дефиниции.

**Методика.** Методом ПЦР было обследовано 270 человек из 3 групп семей (супружеские пары больных алкоголизмом и созависимостью, нормативная группа и группа популяции).

**Результаты.** Анализ частот генотипов в каждой из групп и сравнение их друг с другом выявили наличие значимых различий между выборкой из семей супругов больных алкоголизмом мужчин и нормативной группой. Частота генотипа A1/A2 у больных алкоголизмом (0,37) и их созависимых жен (0,43) достоверно выше, чем у супругов (по 0,10) нормативной группы ( $p=0,015$  для мужчин и  $p=0,004$  для женщин). Результаты оценки распределения частот генотипов гена DRD2 указывают на наличие связи между генотипом A1/A2 локуса TaqI A гена DRD2 и расстройствами аддиктивного характера в форме алкоголизма и созависимости. Полученные в результате статистического анализа данные об отсутствии неслучайных различий ( $p=0,59$ ) в полиморфизме гена DRD2 у лиц, больных алкоголизмом

и страдающих созависимостью, могут свидетельствовать о наличии единых этиопатогенетических механизмов изученных расстройств.

**Обсуждение.** Знание этиопатогенетических механизмов расстройств поведения зависимого характера, в частности созависимости, будет способствовать объективизации выбора тактики психофармакологического и психотерапевтического лечения лиц с расстройствами аддиктивного характера.

## К ВОПРОСУ О КРИТЕРИЯХ ДИАГНОСТИКИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ЗАВИСИМОСТЕЙ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Рубина Л.П., Бердышев И.С., Яковенко В.В.

*ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина,  
Санкт-Петербург*

Обращаемость в последние годы в детские медико-психологические службы г. Санкт-Петербурга по поводу проблем, связанных с использованием несовершеннолетними Интернета и компьютерных игр, продолжает стабильно возрастать. Эта ситуация обязывает специалистов медико-психологического профиля своевременно дифференцировать непатологические и патологические формы информационных аддикций. Тем не менее патологические формы информационных аддикций до сих пор, не имея своего места в действующей МКБ, рекомендуются к включению во «взрослый» раздел F63 (расстройство привычек и влечений), что для нужд детско-подростковой психиатрии мало приемлемо, равно как и сами критерии подобных аддикций. Например, такой критерий, как «пропадание за компьютером целые сутки», может быть показателем тяжелой психопатологии несовершеннолетних, а может и проявлением отсутствия асертивности и компетентности в воспитании детей родителями.

Специалистами ЦВЛ «Детская психиатрия» при дифференциальной диагностике подростков с непатологическими и патологическими аддикциями был выделен базисный клинический критерий, включающий в себя: патологические эмоциональные проявления, невротические и патохарактерологические реакции. Среди последних особое значение придается физической агрессии и суицидальному шантажу.

Использованный в нашей практике клинико-центрированный подход к диагностике информационных зависимостей у несовершеннолетних позволяет:

1. Решать вопрос о неотложности госпитализации юных пациентов в детско-подростковый психиатрический стационар.
2. Определиться с местом и форматом оказываемой помощи.
3. Дифференцировано подбирать и реализовывать индивидуальные реабилитационные программы.

## СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ НАРКОТИЗАЦИИ МОЛОДЕЖИ

Русанов В.А.

*Саратовский государственный технический университет,  
г. Саратов*

Дискретное реформирование российского общества привело к тому, что современная российская молодежь подвергается значительному социальному и психологическому давлению. Многовекторность и интенсивность подобного давления не испытывали поколения их родителей. Социально-психологическая тревожность, нестабильность образцов социально одобряемого поведения и сумбур в системе личностных ценностей, несомненно, способствуют росту стремлений части молодых людей спрятаться в иллюзорном мире наркотического делирия. Существует и еще один этиологический аспект наркотизации молодежи. Возрастание открытости российского общества привело к заметным изменениям мировоззренческого характера в молодежной среде. В настоящее время в рейтинге проблем, волнующих население, наркомания занимает третье место после обнищания населения и коррумпированности власти. Этот показатель касается генеральной совокупности всего населения Саратовской области. Среди молодежи в возрасте 18–30 лет озабоченность наркоманией сверстников смещается в рейтинге наиболее волнующих проблем на шестое место, после безработицы, социальной несправедливости, экономической и научной отсталости страны. В сущности, именно нетолерантная пропаганда толерантности в отношении к носителям иных этнокультурных особенностей, религиозных воззрений, политических взглядов, гендерных отношений привела к тому, что молодежь стала полагать личным делом каждого индивида его отношение к собственному здоровью и к его социальным отношениям. В ходе экспертных опросов значительная часть молодых людей (в среднем около 20%) высказывались примерно в следующем духе: «Употребление алкоголя и наркотиков – личный выбор каждого. Пока он не хулиганит, не грабит, не нарушает другие нормы человеческого общежития, другим людям не следует лезть к нему в душу. Если поведение этого человека тебе не нравится, воспользуйся принципом переключателя телевизионных каналов – перестань общаться с ним». Участники экспертных опросов заявили, что от 15% до 60% студенческой молодежи имеют опыт употребления «легких наркотиков», а 2–3% делали инъекции наркотических веществ. При этом наличие аддикции у кого-либо из своих знакомых практически никто не признал. Тем более такое снисходительное отношение касается нехимических аддикций. Подавляющее большинство студенческой молодежи не признают игроманию, интернетоманию и прочие неопатологии психическими расстройствами.

## МНОГОМЕРНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Рыбакова К.В., Дубинина Л.А.,  
Киселев А.С., Крупницкий Е.М.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

Проведено комплексное проспективное когортное исследование качества ремиссии больных с алкогольной зависимостью (АЗ) на этапах ее становления. Задачами данного исследования являлись оценка уровня реадaptации больных с АЗ к трезвому образу жизни, а также сравнительная характеристика групп больных с различными по качеству типами ремиссии. Период наблюдения составил 1 год с оценкой состояния 1 раз в 3 месяца после купирования алкогольного абстинентного синдрома. Группа наблюдения состояла из 80 больных с АЗ (56 мужчин – 70% и 24 женщины – 30%), средний возраст которых составил  $47 \pm 1$  год. Оценке подлежали уровень психопатологических расстройств (шкала квантифицированной оценки выраженности психопатологических расстройств, шкала общего клинического впечатления, шкала оценки ПВА В.Б. Альтшулера, обсессивно-компульсивная шкала влечения к алкоголю, шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилбергера–Ханина, шкала анозогнозии М.В. Деминой), показатели социального функционирования (шкала социального функционирования у больных с синдромом зависимости Е.О. Бойко) и субъективная оценка восприятия качества жизни (шкала ВОЗКЖ-100, ответы на 4 «глобальных вопроса», индекс соматической коморбидности). По интегральной оценке трех диагностических блоков делалось заключение о качестве ремиссии (компенсированная, субкомпенсированная, некомпенсированная). Результаты интегральной качественной оценки ремиссии в разные сроки ее становления продемонстрировали, что статистически значимое увеличение доли компенсированных ремиссий происходит только во втором полугодии ремиссии ( $26\% \text{ vs. } 73\%$ ;  $p=0,001$ ). Кластерный анализ позволил выделить группу риска (кластер Б), состоящую из 28 больных (35%). Больные кластера Б характеризовались большей тяжестью состояния по шкале общего клинического впечатления на всех сроках исследования ( $2,8 \pm 0,1 \text{ vs. } 3,4 \pm 0,1$ ;  $2,7 \pm 0,1 \text{ vs. } 3,7 \pm 0,1$ ;  $2,6 \pm 0,1 \text{ vs. } 3,5 \pm 0,2$ ;  $p < 0,05$ ) с персистированием аффективных расстройств, низким уровнем социальной адаптации и субъективной оценки качества жизни, что являлось предпосылками рецидива.

Предложенный в данной работе комплексный подход может быть эффективно применен для объективной динамической оценки качества ремиссии АЗ, которая позволяет использовать реабилитационный подход более дифференцированно.

## САМОРЕГУЛЯЦИЯ У ОПРЕДЕЛЕННОЙ ГРУППЫ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ОПИЙНЫХ НАРКОТИКОВ

Рыбакова Л.Н.

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

Для оценки фактической распространенности наркомании рекомендуется использовать поправочный коэффициент соотношения зафиксированных (подучетных) и невыявленных потребителей, например 1:5. Из этого следует, что значительная часть регулярных потребителей наркотиков способна в известной мере контролировать свое потребление.

Мы располагаем материалами интервью с опытными потребителями опийных и синтетических наркотиков, которым с помощью определенных механизмов удается избежать кризисных состояний и не привлекать внимание «непосвященных» даже в ближайшем круге общения (например, родители, невеста). Вопреки распространенному мнению, потребление героина также поддается в той или иной мере регулированию. Одна из техник такого регулирования – ритуалы. В качестве внешней формы привычного поведения, реализующего некоторый символический смысл, они организуют опыт наркопотребителей. Ритуалы оформляют встречи «единомышленников» и процедуры приобретения, подготовки и непосредственно употребления наркотического вещества. Поэтому они используются потребителями в целях ограничения потребления: только в своей компании и т. п. Ритуал встречи может также определять тип вещества, уместного для той или иной ситуации. Так, клубная обстановка способствует употреблению стимуляторов. Компания во дворе или на пикнике может «повеселиться» с помощью марихуаны. Как стало известно из интервью со «звездами» шоу-бизнеса, в их среде кокаин используется почти как «средство производства». Ритуал присутствия при варке «винта» служил демонстрацией групповой сплоченности, помогал установлению более близкого знакомства в сообществе, которое возникало первоначально всего лишь по признаку общей заинтересованности и индивидуального вклада в приготовление продукта из нескольких ингредиентов. Такие ритуалы характерны не только для наркозависимых. Они оформляют привычные действия в различных сообществах. Например, подросток в интервью указывает, что считает знакомым человека, если им приходилось выпивать вместе в одной компании. Ритуалы присутствия при варке «винта» или «ханки» поддерживали границы сообщества потребителей, служили фильтром при знакомстве с новичками.

Совместное употребление наркотиков в обществе играет роль регулятора частоты и интенсивности потребления не только внешне, когда оно связано со встречами «единомышленников», но также и внутренне. Известно, что новички нуждаются в наставнике, который знакомит их с ритуалами и приемами введения наркотика в организм, предуп-

реждает о проявлениях «прихода» и «отходняка», помогает определить первоначальную дозу. В то же время группа усиливает позитивные ожидания каждого индивида от действия принятой дозы, она же рассматривается как надежда на помощь в случае обморока и т. п. (надежда не всегда оправданная). Таким образом, групповое потребление служит максимизации желаемого эффекта и одновременно увязывает индивидуальные потребности с требованиями ситуации.

Для наркозависимого важно ощущение собственной принадлежности к сообществу единомышленников. Если нет необходимости присутствовать при приготовлении вещества, потребитель наркотиков должен быть уверен в том, что располагает знакомствами, обеспечивающими приобретение товара. Один московский респондент в интервью упомянул, что всегда имеет «ноги» – знакомого наркомана, который привозит ему необходимую дозу. С «ногами» расплачиваются частью привезенного товара. Таким образом, наркоман включен в рыночную цепочку личных знакомств даже в том случае, если употребляет наркотик в одиночестве.

Как видим, саморегуляция потребления наркотиков тесно связана с ситуационными факторами. Это говорит о том, что наркогизация носит черты социального поведения, не сводится к физиологическому процессу удовлетворения настоятельной потребности.

Способность контролировать процесс потребления наркотиков неравномерно представлена среди наркопотребителей. Некоторые из них, в особенности мелкие торговцы (дилеры), нередко демонстрируют способность употреблять значительные количества героина или кокаина или их комбинацию, сталкиваясь при этом с минимальными проблемами. Наоборот, другие, принимая наркотики в относительно небольших количествах, испытывают значительно более серьезные проблемы. Из этого следует, что способность контролировать потребление наркотиков, по-видимому, не связана напрямую с количеством потребляемого наркотика.

Респонденты описывали приемы, к которым они прибегают в целях ограничения своей дозы. Часть из них разработала для себя внешние ограничители: количество денег в месяц, которые можно потратить на собственное удовольствие без заметного ущерба для семьи; время командировки, когда ты окружен людьми, плохо тебя знающими; день зарплаты; встреча с друзьями.

Контроль потребления наркотика не исчерпывается сокращением количества принимаемого наркотика; он включает в себя в также профилактику осложнений и умение решать различные проблемы, возникающие в связи с употреблением наркотиков. Это касается не только здоровья, но и сохранения социального статуса (рабочее место, квалификация, уровень дохода и т. п.). «Контролирующие потребители» героина должны сохранять и поддерживать работоспособность в течение всего дня и недели.

Обсуждения на форумах Интернет-сайтов показывают, что сообщество наркопотребителей весьма озабочено своим имиджем в глазах общества и настаивает на том, что они не менее порядочные члены общества, чем алкоголики.

Анализ интервью с «контролирующими потребителями» выявил, что эта категория наркозависимых складывается под влиянием комплекса факторов. Прежде всего, это индивиды, изначально ориентированные на поиск средств химической регуляции самочувствия. В подростковом возрасте обстоятельства их взросления сложились неблагоприятным образом: слабая связь с родительской семьей плюс провокация дворовой компании на рискованные пробы неизвестных веществ, плюс специфические черты личности. Склонность к экспериментированию, вероятно, можно считать зерном формирования «контролирующего потребления». В наших интервью респонденты отмечали, что в определенный момент они констатировали нарушение баланса между позитивными и негативными эффектами наркотика для своего организма и это приводило к мысли о самоограничении, но не к отказу от наркотика. Так, один респондент знает, когда надо сделать перерыв в регулярном употреблении: «начинаю весь чесаться и др.». Другой чередует наркотические средства в зависимости от решаемых на рабочем месте задач: марихуана – для сочинения музыки, стимуляторы – при написании текстов. Когда «шатает или слабость развивается» – надо на время остановиться, отдохнуть.

Трудности доступа к этой специфической категории потребителей наркотиков не позволяют расширить масштабы исследования, применить количественные оценки, доказать обоснованность выводов. Тем не менее эти интервью позволили нам сделать ряд интересных наблюдений по поводу развития наркотической зависимости, профилактики наркомании и технологий снижения вреда.

### **ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ПАТТЕРНЫ ПОДРОСТКОВОЙ АДДИКТИВНОСТИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ СРЕДНЕГО ПОВОЛЖЬЯ**

**Сабитов И.А., Павлова Ю.М.**

*Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск*

Проблема этнокультуральной детерминированности психических расстройств приобретает в условиях нарастающей алкоголизации и наркотизации современного общества чрезвычайную актуальность и способствует формированию новых паттернов аддиктивного поведения и личностных расстройств (Иванец И.Н., Винникова М.А., 1998; Корнилов А.А., Титова В.В., 1998; Семке В.Я. с соавт., 2006). Этническая идентичность является одной из важных составляющих самосознания развивающейся личности подростка. Отечественные и зарубежные исследователи свидетельствуют о тесной

взаимосвязи социокультуральных характеристик и факторов патоморфоза психических расстройств в различных этнокультуральных и экономико-географических условиях (Сидоров П.И., 1995; Менделевич В.Д., 1997; Чуркин А.А., 1997; Положий Б.С., 1997; Jilek W.G., 1995).

На протяжении нескольких сотен лет на территории Среднего Поволжья проживает устоявшаяся славяно-тюркская популяция. При этом взаимопроникновение культур и традиций, степень эмпатии и этнокультуральной толерантности настолько глубоки, что именно на территории Ульяновска поволжские народы (чуваши, мордва, татары) объединились в суперэтнос, имеющий самоназвание «чумотары» (чуваши – мордва – татары). В результате полиэтнического взаимовлияния возникают явления, недоступные пониманию с позиции лишь одной культуры. Соответствующее понимание социо- и этнокультуральных особенностей формирования аддиктивного поведения подростков позволит обосновать перспективное направление по совершенствованию наркологической помощи в Ульяновской области с учетом этнокультуральных факторов и стереотипов.

Обследовано 46 подростков в возрасте от 13 до 18 лет. Среди них 17 татар, 8 чувашей, 7 подростков мордовской национальности, 54 русских. Все они состояли на учете в КПДН по поводу употребления алкоголя и наркотиков, 15% из них имели правонарушения. Контрольную группу составили 40 здоровых подростков. Наряду с клинико-психопатологическим исследованием проводилась экспериментально-психологическая диагностика личностных особенностей подростков с помощью модифицированной формы личностного вопросника FPI (1963), теста на агрессивность Баса-Дарки (1957) и теста склонности к отклоняющемуся поведению (Орел А.Н., 2004). Отдельно проводилось изучение этнической идентичности и аффилиативности (Солдатова И.Г., 1996).

Выявлены личностные особенности подростков с аддиктивным поведением в зависимости от национальности, свидетельствующие о наличии определенных национальных личностных черт, способствующих формированию аддиктивного поведения у подростков. Подростки русской национальности были более интровертированы и менее открыты, не стеснялись своих взглядов и ценностей, у них отмечалась низкая потребность в принадлежности к собственной этнической группе, но при этом довольно высокий уровень этнофанатизма. Отмечался высокий уровень спонтанной агрессии подростков-татар наряду с их открытостью и общительностью, что позволяло им легко выражать свою агрессию в физической, вербальной и косвенной форме. Поскольку эмоции не «накапливались» в личности, то и уровень депрессивности у них был ниже. У подростков мордовской национальности присутствовали черты негативизма и подозрительности, что указывало на определенную закрытость личности. Наличие этих проявлений способствует

появлению выраженного стремления показать себя в лучшем виде. Аддиктивные подростки-чуваши вследствие высокой обидчивости легко реагируют агрессией на различные ситуации, настороженно относились к оценочным ситуациям. Хорошие способности к уравниванию своих эмоциональных проявлений позволяли им контролировать свои поведенческие реакции. В молодежной среде подростков, проживающих в Ульяновской области, отсутствовало напряжение межнациональных взаимоотношений. Полученные результаты показывают возможность и необходимость разработки реабилитационных программ этнокультуральной направленности в целях профилактики и психотерапии аддиктивных расстройств у подростков, проживающих на территории Среднего Поволжья.

## ПОЛИАДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ СРЕДНЕГО ПОВОЛЖЬЯ

Сабитов И.А., Свешникова М.А.

*Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск*

В Ульяновской области аддиктивными расстройствами страдает около 2% общей численности населения, при этом большинство зарегистрированных – это больные алкоголизмом – 81,3% от общего числа больных, больных наркоманией – 18,2%, больных токсикоманией – 0,5%. В 2011 году уровень болезненности наркоманией в Ульяновской области снизился на 3,9% и составил порядка 315 наркозависимых лиц на 100 тысяч населения. Несмотря на намечившееся снижение указанных выше параметров, региональный показатель болезненности наркоманией выше среднероссийского (252,11 чел. на 100 тыс. населения) на 21,9% и выше среднего по ПФО (242,39 чел. на 100 тыс. населения) на 26,8%.

В большинстве случаев в основе формирования аддиктивного расстройства лежит аддиктивное поведение, под которым понимают «разновидность девиантного поведения, характеризующегося... чрезмерной и длительной фиксацией внимания на определенных видах деятельности или предметах (фетишах), становящихся сверхценными, снижением или нарушением способности контролировать вовлеченность в какую-либо деятельность, а также невозможностью быть самостоятельным и свободным в выборе поведения» (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 1996).

Аддиктивные расстройства чрезвычайно распространены в молодежной среде, при этом на фоне относительно развитой системы диагностики, учета, лечения, реабилитации и профилактики химических аддикций – нехимические аддикции остаются вне поля зрения как психиатров-наркологов, так и со стороны общественности. На фоне видимого успеха ограничительных мероприятий по торговле алкогольной продукцией, снижения незаконного оборота наркотиков, закрытия игорных

заведений основные виды нехимических аддикций стремительно трансформируются и приобретают новые формы. Поэтому, на наш взгляд, являются актуальными исследования аддиктивной активности в молодежной среде, как являющейся потребителями ПАВ, так и «практически здоровой».

В данном исследовании приняли участие 245 человек в возрасте от 14 до 17 лет. Из них женщин 39,29%, мужчин 60,71%. Контрольную группу составили 217 человек. Выявленная в ходе исследования группа потребителей ПАВ составила 28 человек, из них женского пола – 11 человек, мужского – 17 человек.

В исследовании наряду с клинико-анамнестическим и психопатологическим методами применялся метод структурированного интервью с использованием модифицированного опросника Г.В. Лозовой (2007). Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной версии Statistica v. 8.0.

У лиц, употребляющих наркотические вещества, склонность к химической аддикции была достоверно выше, чем в контрольной группе ( $8,81 \pm 3,89$  и  $6,55 \pm 2,63$  соответственно). Табачная зависимость составила  $11,71 \pm 5,6$ , алкогольная –  $10,57 \pm 5,26$ , и наркотическая –  $10,36 \pm 4,52$  балла.

У лиц, употребляющих наркотические вещества, поведенческие аддикции наблюдались в меньшей степени по сравнению с контрольной группой, но, несмотря на это, любовная зависимость ( $17,6 \pm 4,16$ ), зависимость от здорового образа жизни ( $15,96 \pm 4,27$ ) и телевизионная зависимость ( $12,79 \pm 5,22$ ) демонстрировались чаще.

У лиц, употребляющих наркотические вещества, пищевые аддикции наблюдались в большей степени ( $13,71 \pm 3,97$ ) по сравнению с контрольной группой ( $12,96 \pm 4,04$ ).

У лиц женского пола, употребляющих наркотические вещества, химическая аддикция – табачная ( $13,73 \pm 7,00$ ), алкогольная ( $12,27 \pm 3,82$ ) и наркотическая ( $10,82 \pm 4,94$ ) – достоверно более выражена, чем у лиц мужского пола ( $10,18 \pm 3,79$  и  $8,82 \pm 6,54$  соответственно).

У лиц женского пола, употребляющих наркотические вещества, наиболее выражены любовная ( $19,45 \pm 4,61$ ), телевизионная ( $13,55 \pm 6,06$ ) и компьютерная зависимости ( $11,82 \pm 4,96$ ).

У лиц мужского пола, употребляющих наркотические вещества, более выражены зависимость от здорового образа жизни ( $16,45 \pm 3,67$ ) и сексуальная зависимость ( $11,09 \pm 4,34$ ).

У подростков, принимающих наркотические вещества, индекс пищевой зависимости значительно выражен, особенно у лиц женского пола ( $16,55 \pm 2,94$ ).

### Выводы:

1. В группе подростков, употребляющих ПАВ, указание на преобладание химических и пищевых аддикций более выражено, чем в контрольной группе. При этом поведенческие аддикции у них наблюдаются в меньшей степени.

2. Лица женского пола являются более зависимыми от употребления психоактивных веществ.

3. Модифицированный опросник Г.В. Лозовой представляется надежным инструментом диагностики склонности к различным видам аддикций, при условии доверительного психологического контакта с испытуемыми на начальном этапе исследования.

4. Представляется целесообразным дальнейшее изучение распространенности аддиктивного поведения в целях разработки адресных превентивных, лечебных и реабилитационных программ в молодежной среде Среднего Поволжья.

### **ПСИХОЛОГО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ НА УРОВНЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

**Садвакасова Г.А.**

*Республиканский научно-практический Центр  
медико-социальных проблем наркомании,  
г. Павлодар, Казахстан*

Аддиктивное поведение стало одним из частых вариантов аномального личностного реагирования на стресс, с формированием стремления к уходу от реальности посредством искусственного изменения своего психического состояния вследствие приема не только психоактивных веществ, но и постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, обеспечивающей появление и поддержание интенсивных эмоций. И в этом отношении большое значение, на наш взгляд, должно придаваться работе психологов организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). Внедрение новых технологий профилактической работы в систему ПМСП, и в частности раннего выявления рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости, должно иметь стратегическую значимость в направлении реформирования системы здравоохранения, поскольку до сих пор социально значимые заболевания продолжают играть определяющую роль в формировании показателей заболеваемости, инвалидности и смертности населения нашей страны.

В ходе выполнения научно-технической программы «Эффективная профилактика социальных эпидемий в Республике Казахстан» нами апробированы следующие диагностические технологии, являющиеся вариантом скрининговой диагностики в отношении раннего выявления рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости на этапе ПМСП для практической деятельности психолога и социального работника: методика диагностики склонности к различным зависимостям (Г.В. Лозовой); способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости; опросник на выявление религиозной аддикции как вида нехимической зависимости (Н.Н. Телеповой). Выделенные

диагностические технологии выявления рисков вовлечения в нехимические зависимости на этапе ПМСП предусматривают реализацию следующих профилактических мероприятий: 1) диагностика рисков вовлечения в нехимические зависимости среди взрослого населения, обратившегося за консультацией либо психологической помощью в организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь; 2) дифференциация основных фокус-групп: групп лиц, имеющих высокую и среднюю степень риска вовлечения в зависимости, и групп лиц, имеющих низкую степень риска вовлечения в зависимости.

В дальнейшем целевой группой для психолого-коррекционных технологий является фокус-группа лиц с высокой и средней степенью риска вовлечения в нехимические зависимости.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМАХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

**Садвакасова Г.А.**

*Республиканский научно-практический Центр  
медико-социальных проблем наркомании,  
г. Павлодар, Казахстан*

К настоящему времени группой ученых РНПЦ МСПН, на основании результатов многолетних эпидемиологических, клинических, социально-психологических исследований, сформулирована общая концепция социальных эпидемий как кризисных социальных явлений, связанных с вовлечением населения в химические и нехимические (психологические) зависимости. В рамках базового мониторинга было проведено исследование распространения рисков вовлечения в психологические зависимости среди взрослого населения на уровне организаций первичной медико-санитарной помощи, оказывающих социально-психологические услуги.

Был обследован 121 человек, обратившийся в организации ПМСП для профилактического осмотра. Исследование представляло собой клиническое интервью с одномоментной регистрацией изучаемых параметров. В ходе исследования оценивались социально-демографические данные, степень риска вовлечения в психологические зависимости при помощи опросника для выявления рисков вовлечения в зависимость (Лозовая Г.В.) и уровень психологического здоровья (методика, разработанная в РНПЦ МСПН). Исследуемая группа была представлена в основном лицами мужского пола, средний возраст которых составил 30,3±3 года, большинство – лица коренной национальности.

В исследуемой нами группе средняя степень склонности выявлена во всех представленных видах химических и нехимических аддикций. Наибольший процент выявлен по работоголизму

(73,6%). Следующей по частоте встречаемости была склонность к телевизионной зависимости (58,7%). На третьем месте по частоте выявлена склонность к сексуальным зависимостям (48,8%), которая, наряду со склонностью к любовным аддикциям (в нашем исследовании этот показатель составил 41%), является аддикцией отношений.

На уровне со склонностью к химическим аддикциям, таким как алкогольная (12,4%), наркотическая (4%), табачная (12,4%) и лекарственная (3,3%), склонность к зависимости нехимической встречается в 3–4 раза чаще, что характеризует внешнюю социальность таких аддикций, не требующих больших усилий и мало осуждаемых обществом. Риск общей склонности к психологическим зависимостям выявлен у 40% опрошенных.

### **АКТУАЛЬНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ В СИСТЕМЕ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КАЗАХСТАНА**

**Садвакасова Г.А.**

*Республиканский научно-практический Центр  
медико-социальных проблем наркомании,  
г. Павлодар, Казахстан*

Анализ существующих подходов к лечению и реабилитации наркозависимых лиц в медицинских частях пенитенциарной системы Республики Казахстан показывает, что данный сектор представлен в большинстве случаев амбулаторным наблюдением за пациентом. При этом медикаментозная терапия абстинентного синдрома практически не проводится в связи с тем, что данное состояние наркозависимые лица переживают в условиях следственного изолятора (СИЗО) и изоляторов временного содержания (ИВС). Наша республика занимает 17-е место в мире по числу заключенных. Тюремный индекс Казахстана составляет 382 человека на 100 000 населения. Для страны с населением в 16 миллионов это высокий показатель.

Число потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) среди всего числа осужденных в РК, по официальным данным, составляет в среднем 57%. В соответствии с действующими нормативными правовыми актами лечение и диспансерное наблюдение наркозависимых лиц осуществляется во всех учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС). В отчете Комитета уголовно-исполнительной системы за 2011 год указывается, что уровень знаний о путях передачи ВИЧ-инфекции среди осужденных лиц достаточно высокий, однако трансформации знаний в реальное поведение не наблюдается. В целях профилактики рецидивной преступности принимаются меры, направленные на социальную адаптацию лиц, освобожденных из мест лишения свободы. Это осуществляется путем создания центров реабилитации – организаций, предназначенных для оказания содействия в трудовом и бытовом устройстве, правовой и психологической помощи лицам, освобожденным

из мест лишения свободы. В 2007 году в городах Усть-Каменогорск и Шымкент создано два таких центра реабилитации. Однако вопросы проживания реабилитируемых лиц, бытового устройства бывших осужденных, их дальнейшая ресоциализация остаются на сегодняшний день не решенными, при том что каждый год из мест заключения освобождается в среднем до 20 000 человек.

Взаимосвязь между рецидивной преступностью и мерами социальной реабилитации лиц, отбывших срок наказания, безусловно, прямая и очевидная. В связи с этим остаются актуальными вопросы необходимости принятия нормативных актов о социальной реабилитации лиц, освобожденных из мест лишения свободы, в частности, и наркозависимых лиц.

### **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Сансанова Л.Б., Михеев А.С.**

*Республиканский наркологический диспансер,  
г. Улан-Удэ, Республика Бурятия*

Сложившаяся ситуация эпидемии табакокурения в России заставляет изменить подходы к данной проблеме и акцентировать внимание на оказании медицинской помощи курильщикам. По данным НИИ пульмонологии, прекращение курения существенно уменьшает связанные с курением риски в течение 1–2 лет. Россия остается одной из самых курящих стран: курят около 44 млн человек в возрасте 15 лет и старше, то есть почти треть взрослого населения. Причем всего лишь 3% из числа курильщиков утверждают, что смогут отказаться от курения самостоятельно, остальным же нужна медицинская помощь. Анкетирование студентов республики в возрасте 17–22 лет показало, что 41% опрошенных курят. По сведениям Бурятстата, розничная продажа табачных изделий в республике с 2005 года выросла в разы и расходы населения на сигареты достигли более 1,9 млрд рублей в 2011 году.

Положительный опыт НИИ пульмонологии по реализации антисмокинговых программ позволил нам на основе методических рекомендаций разработать и внедрить программу психокоррекции, организовать кабинет психологического консультирования. Программа состоит из методов когнитивно-поведенческого и гуманистического направлений и предусматривает работу с самыми разными группами пациентов. Психокоррекция позволяет изменить поведение пациента и подготовить его к жизни без сигарет. При никотиновой зависимости значимую роль играет стереотип поведения курильщика. Из числа пациентов, обратившихся в кабинет в 2009–2011 годах, 30% составляют мужчины, 70% женщины. Причем в первоначальной заявке на консультацию у мужчин доминирует желание по-



лучить фармакотерапию, у женщин – комплексное лечение с обязательным психологическим сопровождением. Наиболее частым мотивом курения у женщин молодого возраста (16–30 лет) является желание манипулировать сигаретой, а у женщин более старшего возраста доминирует мотив «курение как поддержка при нервном напряжении, желание получить расслабляющий эффект». Особенности работы с пациентами-мужчинами заключаются в том, что у данной категории степень мотивации бросить курить более слабая при желании немедленного эффекта от медицинской помощи.

#### **Выводы и задачи:**

1. Необходимость организации комплексной медицинской помощи пациентам, страдающим никотиновой зависимостью, в наркологических учреждениях (фармакотерапия, психотерапия, игло-рефлексотерапия, физиотерапия);
2. Оснащение необходимым медицинским оборудованием;
3. Разработка компьютерных программ диагностики;
4. Разработка системы мониторинга ситуации.

### **К СОВРЕМЕННОМУ СОСТОЯНИЮ УЧЕНИЯ С.С. КОРСАКОВА ОБ АЛКОГОЛЬНОМ ПОЛИНЕВРИТИЧЕСКОМ ПСИХОЗЕ**

**Сиволап Ю.П.**

*Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва*

История учения о полиневритическом психозе, принесшего выдающемуся русскому психиатру С.С. Корсакову мировую славу в профессиональных кругах, берет начало в 1887–1889 годах, после опубликования нескольких статей, посвященных так называемому алкогольному параличу – тяжелому множественному алкогольному поражению нервной системы, главным психопатологическим выражением которого служит своеобразное расстройство памяти с преобладанием резко нарушенной способности к запоминанию текущих событий.

В 1897 году на XII международном съезде врачей F. Jolly предложил назвать описанные Корсаковым психические расстройства корсаковским психозом или болезнью Корсакова. С тех пор термины «корсаковский психоз» и «корсаковский синдром» прочно вошли в мировую профессиональную терминологию.

За несколько лет до первых статей С.С. Корсакова, в 1881 году, K. Wernicke описал верхний геморрагический полиоэнцефалит, известный в наши дни под названием энцефалопатии Вернике. Клиническое сходство энцефалопатии Вернике, патогенетическое и динамическое единство с ее частым исходом – корсаковским психозом – определило появление широко используемого в зарубежной литературе понятия синдрома Вернике–Корсакова.

Исследования последующих лет показали, что в основе энцефалопатии Вернике и корсаковского психоза алкогольной и неалкогольной природы лежит дефицит тиамин, затрудненное превращение тиамин в тиаминпирофосфат (ТПФ) и снижение активности ТПФ-зависимых ферментов, регулирующих обменные процессы в нервной ткани. Определенное значение в возникновении синдрома Вернике–Корсакова придается эксайтотоксическим эффектам глутамата, изменению активности аспартата, дефициту ГАМК и локальному лактоацидозу.

Активные клинические и экспериментальные исследования корсаковского психоза и ассоциированных с ним состояний продолжают до сих пор. Основные направления исследований включают изучение условий возникновения амнестического синдрома, оценку роли предрасполагающих и предрезервирующих факторов, а также поиск возможных средств, улучшающих когнитивные функции у лиц, страдающих корсаковским психозом.

### **СТРУКТУРА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ г. КИЕВА (АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ AUDIT-ПОДОБНЫХ ТЕСТОВ)**

**Синицкая Т.В.**

*Харьковская медицинская академия  
последипломного образования, г. Харьков,  
Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии  
и наркологии МЗ Украины, г. Киев, Украина*

В эпоху быстрого развития научно-технического прогресса в распространенности среди молодежи аддиктивного поведения (АП) как химического, так и нехимического генеза наблюдается его постоянный рост, появляются новые формы аддикций.

В качестве потенциальных целей исследования были избраны актуальные в современной студенческой среде пристрастия и зависимости, для исследования которых использовался метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы audit-подобных тестов (Линский И.В. с соавт., 2009). Было обследовано 116 студентов (55 мужчин и 61 женщина) вузов г. Киева. Использовались audit-подобные тесты для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя, табака, психостимуляторов (химические аддикции) и чрезмерной увлеченностью Интернетом, сексом и едой (нехимические аддикции).

У 98,28% обследованных была обнаружена склонность к АП (у 100% мужчин и у 96,7% женщин, участвующих в исследовании).

73 человека (62,93%) имели склонность к сочетанным формам зависимостей как химического, так и не химического генеза, среди которых 40 (72,73%) мужчин и 33 (54,1%) женщины. При этом 39 студентов – 33,62% от общего числа обследованных – соответственно, 26 (42,62%) женщин и 13 (23,64%) мужчин – имели склонность только к нехимическим формам зависимостей, и 2 мужчин (1,72% от коли-

чества всех испытуемых, 3,64% от количества мужчин, принявших участие в исследовании) проявили склонность только к химическим аддикциям.

На основе системного подхода к изучению психологических предикторов АП современной студенческой молодежи, а также психосоциальных особенностей и аддиктивной склонности, будет разработан комплекс мер по его психопрофилактике, психокоррекции, а также будет оценена эффективность внедрения комплекса данных мероприятий.

## КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Сирота Н.А.

*МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗСР РФ, Москва*

Проблема повышения эффективности профилактики и реабилитации зависимого поведения в Российской Федерации – это, прежде всего, проблема научной обоснованности и профессионального клинико-психологического подхода.

Результаты объемных исследований различных групп подростков позволили разработать три теоретические модели копинг-поведения и определить условные крайние позиции профилактического и реабилитационного процесса зависимого поведения. В исследованиях принимали участие подростки младшего (9–11 лет), среднего (12–13 лет) и старшего подросткового возраста (14–15 лет). Определялись ведущие стратегии копинг-поведения и выраженность личностно-средовых копинг-ресурсов, с точки зрения как количественных, так и качественных характеристик. Подростки и юноши, проявляющие адаптивное поведение и не склонные к употреблению ПАВ, характеризовались высоким уровнем поведенческих стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки, высоким уровнем развития личностно-средовых адаптационных ресурсов (Я-концепция, восприятие социальной поддержки, выраженный субъективный контроль поведения), развитыми коммуникативными ресурсами (эмпатия, социальная компетентность). Подростки и юноши, проявляющие аддиктивное поведение, но не имеющие зависимости, характеризовались выраженной поведенческой стратегией поиска социальной поддержки, низким уровнем выраженности стратегии разрешения проблем, развития личностно-средовых копинг-ресурсов, интенсивным стремлением к общению, низким уровнем социальной компетентности. Подростки и юноши, зависимые от ПАВ, характеризовались низким уровнем поведенческих стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки, низким уровнем развития личностно-средовых адаптационных ресурсов, не развитыми коммуникативными ресурсами (эмпатия, социальная компетентность). Это позволило определить цели, задачи и методы дифференцированных по возрасту мультикомпонентных программ профилактики.

Задачами универсальной профилактики являются: формирование сбалансированных и соответствующих возрасту копинг-стратегий с преобладанием активных проблеморазрешающих и направленных на поиск социальной поддержки; формирование сбалансированного с точки зрения когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинг-поведения и развитость его когнитивно-оценочных механизмов; формирование мотивации на достижение успеха в процессе преодоления стресса и психосоциальных проблем над мотивацией избегания неудачи; формирование готовности к активному совладанию, а при необходимости и противостоянию среде; формирование соответствующей возрасту динамичной, подвижной Я-концепции и других личностно-средовых копинг-ресурсов. Задачами селективной профилактики являются: формирование мотивации на изменение поведения, овладение навыками практического применения активных копинг-стратегий разрешения проблем, совершенствование использования копинг-стратегии поиска социальной поддержки, психологическая коррекция вариантов использования пассивной копинг-стратегии избегания, повышение потенциала блока личностно-средовых копинг-ресурсов (коррекция негативной, искаженной Я-концепции и субъективного восприятия социальной поддержки, увеличение уровня интернального контроля, развитие эмпатии и аффилиации, коррекция естественных социально-поддерживающих сетей, изменение направленности получения социальной поддержки от неадекватных социальных сетей на адекватные). Задачами индикативной профилактики являются: формирование мотивации на изменение поведение и включение в процесс преодоления зависимости; расширение репертуара копинг-стратегий, переориентация зависимого человека с доминирующего использования пассивных копинг-стратегий (в том числе и в фармакологическом варианте) на активные позволяет увеличить сроки ремиссии, снизить частоту рецидивов, избежать выраженной социальной дезадаптации. Особое внимание следует уделять осознанию, модификации и развитию копинг-ресурсов (искаженной Я-концепции, формированию адекватного интернального локуса контроля, восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации), а также аффективных, когнитивных и поведенческих процессов.

Особая задача всех уровней профилактики – формирование нравственных ценностных ориентаций. Психологический смысл программ, направленных на духовно-нравственное становление личности, заключается в том, чтобы помочь продвигаться от элементарных навыков поведения к более высокому уровню, где требуются самостоятельность в принятии решений и осуществление нравственного выбора. Понимаемый, принимаемый человеком и осуществляемый им в процессе профилактической программы нравственный выбор закрепляется в значимую систему ценностей и

может рассматриваться в качестве важнейшего проективного фактора, препятствующего зависимому поведению.

На основании вышеизложенного разработаны, апробированы, активно и успешно используются на территории Российской Федерации программы всех трех уровней профилактики.

## РОЛЬ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ МУЖСКОГО ПОЛА

**Ситько Л.З., Копытов А.В.,  
Наконечная Е.А., Копытов Д.А.**

*Республиканский научно-практический центр психического  
здоровья, г. Минск, Республика Беларусь*

Злоупотребление ПАВ среди подростков и молодых людей часто отмечается в рамках коморбидных расстройств (соматических и психических). Коморбидные расстройства связаны не столько с основным процессом употребления алкоголя, сколько с совокупностью провоцирующих факторов и в определенной степени могут индуцировать злоупотребление ПАВ.

**Цель исследования:** определение взаимосвязи коморбидной соматической патологией и алкогольной зависимости (АЗ) у подростков и молодых людей мужского пола для обоснования коррекционных мероприятий.

**Характеристика выборки.** В исследовании приняли участие 610 человек мужского пола. Общая выборка состояла из нескольких групп. Основная (ОГ) – 397 субъектов мужского пола РБ с АЗ. Контрольная группа (КГ) – 213 сверстников без проблем с алкоголем.

**Методы исследования** Диагностика АЗ и злоупотребления производилась в соответствии с критериями МКБ-10, теста AUDIT, Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения, версия 2.3-3.01.2001, Шкалы оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманиями (Дудко Т.Н. и др., 2006), Опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R), опросника В.Ю. Завьялова – «Мотивы потребления алкоголя» (МПА). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS 17.0 и он-лайн «Calculator for confidence intervals of odds ratio». Статистическая значимость различий при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В ходе проведенного исследования установлено, что среди субъектов подросткового и молодого возраста, страдающих АЗ, больше лиц с наличием соматических заболеваний, не вызванных последствиями АЗ. У 29,9% из них наблюдаются психосоматические расстройства, которые являются коморбидными с АЗ и имеющими во многом общие патогенетические механизмы.

Наличие психосоматической патологии является относительным фактором риска склонности к формированию АЗ в данном возрасте. Коморбидная психопатологическая симптоматика в виде симптоматического дистресса также является фактором риска формирования АЗ. Психопатологические коморбидные с АЗ симптомы в виде соматизации, депрессивных и тревожных переживаний связаны с общим мотивационным напряжением. У лиц с АЗ и коморбидной соматической патологией ведущими являются атарактические мотивы. Наличие соматической патологии при АЗ является значимым фактором, сопряженным с частотой и дозой употребления алкоголя. Полученные результаты желательно учитывать при оценке клинической картины АЗ и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

## ТРЕХЭТАПНАЯ СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Скалин Ю.Е., Кузнецов В.В., Крылова Н.В.**

*Наркологический диспансер, г. Калининград*

Существующая комплексная двухэтапная организация лечебно-реабилитационной помощи наркологическим больным не обеспечивает достаточных условий для излечения заболевания. Положение усугубляется отсутствием разграничения понятий «лечение» и «реабилитация» и безграничной широтой понятия «медико-социальная реабилитация», обуславливающей широкий диапазон существующих учреждений: от реабилитационных центров с большим количеством врачей, психологов, специалистов по социальной работе до коммун, где вся работа осуществляется консультантами из числа бывших больных или священнослужителями в храмах и монастырях.

Разработаны клинико-психологические критерии системной трехэтапной организации полного цикла оказания помощи больным наркологическими заболеваниями.

На этапе «Лечение» состояние диагностируется в рубриках F1x.3–F1x.9 по МКБ-10 и оценивается как психосоматическое расстройство, требующее преимущественно медикаментозного вмешательства. Помощь оказывается врачом психиатром-наркологом в условиях наркологического стационара. Цель оказываемой помощи – преодоление физической зависимости от ПАВ, переход в состояние, диагностируемое в рубрике F1x.21 по МКБ-10.

На этапе «Медико-психологическая реабилитация» состояние диагностируется в рубриках F1x.21–F1x.23 по МКБ-10 и оценивается как психическое расстройство невротического регистра, требующее преимущественно психотерапевтического вмешательства. Помощь оказывается психотерапевтом и психологом в условиях стационарного или амбулаторного реабилитационного отделения наркологического учреждения. Цель – дезактуализация психической зависимости от ПАВ и переход

в состоянии F1x.20 по МКБ-10. Этап подразделяется на адаптационный, интеграционный и стабилиза- ционный подэтапы, разработаны психолого-психо- терапевтические критерии межэтапных переходов.

На этапе «Социально-трудовая реадapta- ция» состояние диагностируется в рубрике F1x.20 по МКБ-10 и оценивается как ремиссия, не требу- ющая медицинской помощи. Помощь оказывается инструкторами и социальными работниками (воз- можна само- и взаимопомощь) в реадaptaционных учреждениях любых форм собственности. Цель – восстановление утраченных социально-бытовых связей и трудовых навыков для предупреждения ре- цидива заболевания.

Непрерывность, этапность и нацеленность системы на конечный результат создают необходи- мые условия для полного излечения наркологичес- кого заболевания.

## СООБЩЕСТВА ПАЦИЕНТОВ В СТРУКТУРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ КАК ЗНАЧИМЫЙ АУТОПОЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Сквира И.М.<sup>1</sup>, Абрамов Б.Э.<sup>1</sup>, Сквира М.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь,

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов, Санкт-Петербург

**Введение.** Установление годичных и более ремиссий при алкоголизме является желанной, но труднодостижимой задачей, требующей огромных общих усилий специалистов, самих пациентов и их родственников. Тем более обидными становятся срывы ремиссии и рецидивы данного заболевания после установления, казалось бы, стабильных дли- тельных ремиссий.

**Цель:** разработка способов стабилизации ре- миссии при алкогольной зависимости.

**Материал и методы.** Две репрезентативные по основным клиническим и социально-демогра- фическим параметрам группы пациентов с алко- гольной зависимостью (шифр F10.202 по МКБ-10) исследовались после достижения годичной ре- миссии в течение 5 лет клинико-динамическим, психопатологическим, патопсихологическим и ста- тистическим методами. Межгрупповое различие заключалось в участии пациентов I группы (n=25) и отказе от участия лиц II группы (n=80) в работе созданного в структуре терапевтической програм- мы центра стабилизации ремиссий при состояниях алкогольной зависимости «Формула трезвости».

**Результаты исследования.** В результате пятилетнего исследования установлено, что реци- дивоопасные клинические ситуации приводили к рецидиву заболевания в I группе у 5 (20%) из 25 человек, а во II группе – у 60 (75%) из 80 пациентов (p<0,001). За это время прекратили лечение и вы- были из терапевтической программы I (4%) из 25

лиц I группы и 16 (20%) из 80 пациентов II группы (p<0,001). После пяти лет наблюдения продолжают участие в терапевтической программе и находятся в ремиссии 24 (96%) из 25 пациентов I группы против 46 (57,5%) из 80 пациентов II группы (p<0,001).

**Заключение.** Выпадение лиц с алкогольной зависимостью на этапе реабилитации из терапевти- ческой программы приводит к значимому (p<0,001) повышению риска возникновения рецидивоопас- ных клинических ситуаций, срыва ремиссии и рецидива заболевания. Сообщества пациентов яв- ляются аутопоетическим (самообразовывающим) и эффективным элементом терапевтической системы для формирования и стабилизации ремиссий при состояниях алкогольной зависимости, профилакти- ки и преодоления рецидивоопасных клинических ситуаций, срывов и рецидивов заболевания.

## ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К УПОТРЕБЛЕНИЮ ПАВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Скворцов Н.Л., Чепрасова Д.Ю.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

**Введение.** Вопрос о распространенности упо- требления ПАВ в молодежной среде независимо от ее тяжести и вида ПАВ – вопрос социально значи- мый, так как ведет к снижению интеллектуального и трудового потенциала.

**Цель.** Установить внесемейные (макро- и микросоциальные), внутрисемейные и личностные факторы приобщения молодежи к употреблению ПАВ у студентов младших и старших курсов меди- цинского вуза.

**Материалы и методы.** Анонимное анкети- рование среди студентов 1, 2, 4, 5 курсов лечебного факультета. Для оценки корреляций использовался непараметрический критерий Спирмена (p<0,05).

**Результаты.** Выборка разделена на 2 группы: младшая (1 и 2 курсы; 177 человек; средний возраст в группе – 18,2±1,1 года) и старшая (4 и 5 курс; 116 человек; средний возраст в группе – 20,9±1,2 года).

Результаты опроса в младшей группе: к ку- рению отрицательное отношение выражают 95% респондентов, при этом утверждают, что никогда не курили, 81%. 10% не курят в настоящее время, но курили раньше. К алкоголю отрицательное от- ношение выражают 88% респондентов. Никогда не употребляют – 35%. 62% респондентов употребляют эпизодически. К наркотическим веществам 94% опрошенных выражают отрицательное отношение. 5% хотя бы однажды употребляли наркотические вещества не по назначению врача.

Результаты в старшей группе: к курению отри- цательное отношение выражают 85% респондентов, при этом утверждают, что никогда не курили, 65%. 16% не курят в настоящее время, но курили раньше.

К алкоголю отрицательное отношение выражают 76% респондентов. Никогда не употребляют – 17%. 82% употребляют эпизодически. К наркотическим веществам 95% опрошенных выражают отрицательное отношение. 21% хотя бы однажды употреблял наркотические вещества не по назначению врача.

В обеих группах сохраняется взаимосвязь между отношением к употреблению ПАВ и фактом употребления, выявленная в анализе всей выборки. Сохраняется связь с частотой занятий спортом, представлением о себе как о человеке, ведущем здоровый образ жизни. В старшей группе была выявлена корреляция между удовлетворенностью обстановкой в обществе, государстве и употреблением алкоголя ( $r = 0,32$ ). Корреляций с семейными и личностными факторами также не было выявлено ни в одной группе.

**Выводы.** С возрастом и получением медицинских знаний среди опрошенных возрастает тенденция к одобрению ПАВ и их употреблению. Это позволяет предположить, что медицинские знания о последствиях употребления ПАВ не влияют на выбор молодых людей. Профилактика должна быть направлена на младшее «звено» и заключаться в ряде социально-психологических мер для развития культуры здорового образа жизни.

## СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ Я-КОНЦЕПЦИИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Слепова И.А.

*Тульский областной наркологический диспансер № 1,  
г. Тула*

Я-концепция – очень важная психологическая структура, то, как человек воспринимает себя, кем он себя принимает. Эффективная или неэффективная концепция Я – это важнейший фактор профилактики или, напротив, формирования любых аддикций, в том числе алкоголизма. Я-концепция аддикта плохо осознана, мало дифференцирована. Алкогользависимый не способен спокойно признать факт своего несовершенства, принять то, что его реальное Я отличается от идеального, ему трудно принять то, что его возможности ограничены. От всего, что угрожает его самолюбию, аддикт прячется за психологическими защитами.

С точки зрения клинических психологов, в свете современного подхода, алкоголизм является заболеванием личности, затрагивающим самое ее ядро. Алкогользависимая личность утрачивает свою целостность: наряду с Я-здоровым формируется Я-патологическое, которое захватывает и подчиняет себе все больше сфер жизни человека.

Своевременное выявление структурных особенностей Я-концепции личности больных позволит провести их коррекцию, что поможет разрешить внутренние конфликты и создаст благоприятную почву для длительной ремиссии.

Исследование проходило на базе Тульского областного наркологического диспансера № 1. Все пациенты проходили курс лечения с диагнозом: синдром зависимости от алкоголя 2 ст., систематическое употребление.

В ходе проведенных эмпирических исследований были выявлены структурные особенности Я-концепции:

1. Наличие дисбаланса между уровнем притязания и самооценки, что ведет к формированию внутреннего конфликта.

2. Анозогнозия по отношению к заболеванию алкоголизмом.

3. Большое количество психологических защит.

4. Отсутствие интересов, эмоциональная опустошенность.

5. Низкая самооценка реального образа «Я» и расхождение с идеальным «Я».

6. Неудовлетворенность пройденным и настоящим этапами в жизни.

7. Неспособность к самоконтролю и контролю событий собственной жизни.

8. Неспособность принимать себя вне зависимости от достоинств и недостатков.

9. Низкое самоуважение.

10. Отсутствие жизненных целей, которые придавали бы жизни смысл.

11. Снижение семейного и социального статуса.

12. Социальная дезадаптация.

Алкогользависимая личность понимает себя как игрушку в руках судьбы, ему кажется, что он не является причиной всего происходящего. Жизненный сценарий аддикта предписывает жить и умереть в пьянстве, и алкоголик бессознательно держится этого сценария. По крайней мере, пока не решится на отказ от него. Ему искренне кажется, что именно алкогольный жизненный путь нормален, что именно так он должен жить.

## ДЕФЕКТНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЯХ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ С ГРУППОЙ ШИЗОФРЕНИЙ

Снедков Е.В.

*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Одним из направлений в расшифровке патогенеза шизофрений может служить более изученная патофизиология «шизофреноподобных» психозов и дефектных состояний при хронических интоксикациях психоактивными веществами.

Облигатные синдромы зависимостей отражают дисфункцию корковых областей, связанных с лимбической системой. Синдром передней поясной извилины включает утрату когнитивной

гибкости, застреваемость, обсессии, ритуалы, стереотипное поведение, ослабление побуждений и анергию. Орбито-фронтальный синдром проявляется морально-этической деградацией, расторможенностью влечений, утратой критики, эйфорией, дурашливостью, эхопраксиями. Префронтальный синдром – снижение вербальной и мыслительной подвижности, способностей к контролю поведения и сдерживанию импульсов; неустойчивость внимания, аспонтанность, нецеленаправленность, утрата инициативы; оскудение эмоций, амбивалентность, негативизм, маскообразность лица, нарушения плавности и последовательности движений, стереотипизация поведения, апатия, абулия.

При хронической амфетаминовой интоксикации нарастает истощение дофамина (ДА) и снижение метаболизма в дорсо-латеральной префронтальной коре с одновременной гиперактивностью поясной и орбито-фронтальной (ОФК) коры, миндалины, гиппокампа. За счет снижения синтеза миелиновых белков, числа глиальных клеток и деформации дендритов уменьшается объем перечисленных областей (кроме ОФК); компенсаторно увеличивается объем базальных ганглиев. Дефект при амфетаминовой наркомании – типичная картина лобно-стриарной недостаточности. Это скука, дисфория, эмоциональная тупость, враждебность, подозрительность, негативизм, импульсивность, угасание мотиваций и стремления к реализации инстинктов, обеднение мышления, окостенение мимики, склонность к стереотипным ритуалам. Характерны снижение речевой инициативы, прерывистость и монотонность речи с речевыми штампами и эхолалиями. В финале – апато-абулический синдром и разрушение личности. Проявлением лобно-стриарной недостаточности являются и хронические амфетаминовые психозы кататонно-параноидной структуры. Бред при этом стереотипный, малооформленный, абсурдный, без интеллектуальной картины, смысловых связей и глубокого участия эмоций, с постепенным оскудением фабулы. Часты экстрапирамидные расстройства.

Синдромосходные состояния при шизофрении имеют аналогичную нейроанатомическую и нейрохимическую (истощение ДА) основу. Нейролептики в обоих случаях неэффективны и плохо переносятся. Могут быть эффективны некоторые атипичные антипсихотики с низким аффинитетом к ДА. Нередко облегчают состояние глутаматные антагонисты и стимуляторы ДА.

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: ПРОБЛЕМА ТЕРМИНОЛОГИИ**

**Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Мавани Д.Ч.**

*Ростовский государственный медицинский  
университет МЗСР РФ,  
ЛРНИЦ «ФЕНИКС», г. Ростов-на-Дону*

**Актуальность.** Систематизация научных сведений, относящихся к зависимости от компьютера и

Интернет-ресурсов, в условиях автоматизированного поиска данных требует использования фиксированного обозначения расстройства. Однако терминология компьютерной зависимости (КЗ) на сегодняшний день не вполне устоялась. Принято считать, что причина обилия названий состоит в отсутствии единого взгляда на природу явления. Однако проведенное нами исследование литературных источников не позволяет согласиться с данным утверждением.

**Цель:** исследование причин разнообразия терминов.

**Материалы:** 134 публикации (120 зарубежных, 14 русскоязычных) на тему КЗ.

**Результаты.** Найдено 23 различных обозначения расстройства. Наиболее употребляемыми явились термины Internet addiction (91), computer addiction (17). Почти все приведенные названия (19) были предложены в рамках аддиктивной концепции происхождения КЗ. Таким образом, наблюдаемое обилие терминов связано не столько с разнообразием точек зрения на природу КЗ, сколько с неоправданным внедрением новых названий. Проблема выбора адекватного обозначения упирается в необходимость внесения ясности в два принципиальных вопроса: первый – характер аддиктивного агента, второй – родовая принадлежность явления. Превалирующее число работ, посвященных КЗ, до настоящего времени базируется на методе одномоментного сплошного анкетирования. Данный метод, в силу своей специфики, не позволяет проникнуть в этиопатогенетическую суть расстройства и, соответственно, составить представление о его родовой принадлежности. Изученная нами литература позволяет сделать вывод, что на сегодняшний день наиболее адекватными, то есть соответствующими содержанию описываемого понятия, являются классические термины, предложенные М.А. Shotton (1989): computer addiction и computer dependence. Однако, принимая во внимание методическое несовершенство практически всех рассмотренных работ, окончательное решение проблемы терминологии представляется немыслимым без проведения исследований, опирающихся на традиционный клинико-феноменологический анализ.

## **МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Мавани Д.Ч.**

*Ростовский государственный медицинский  
университет МЗСР РФ,  
ЛРНИЦ «ФЕНИКС», г. Ростов-на-Дону*

**Актуальность.** Патопсихологический механизм формирования компьютерной зависимости (КЗ) до настоящего времени остается неясным. На сегодняшний день большинство проведенных исследований базируется на использовании метода сплошного одномоментного анкетирования, ко-

торый, в силу своей специфики, не позволяет дать достаточно четкого и аргументированного описания расстройства. В изученной нами литературе обнаружены лишь единичные публикации на данную тему. Клинических исследований механизмов формирования КЗ, согласно нашим сведениям, не проводилось.

**Цель:** исследование особенностей фиксации у лиц, страдающих КЗ.

**Материалы:** обследовано 25 пациентов (22 мужчин, 3 женщины) в возрасте от 12 до 35 лет. Диагноз КЗ был установлен в соответствии с критериями МКБ-10 (F63.8).

**Метод:** клинико-феноменологический.

**Результаты.** В 92% наблюдений механизмом формирования КЗ явилось оперантное научение; в 8% случаях – импринтинг. Таким образом, имеются основания полагать, что наиболее характерным механизмом формирования КЗ является оперантное научение. Факторами, способствующими этому, явились доступность и социальная приемлемость аддиктивного агента, а также поддержка интереса близкими. Возникновению импринтинга способствовали экспрессивное одобрение со стороны наиболее значимого члена семьи во время первого эпизода; период длительного насильственного ограничения доступа к информационным ресурсам и развлечениям, предшествующий началу компьютерной деятельности. С целью уточнения полученных данных необходимо проведение более углубленного исследования с изучением способствующих импринтингу и оперантному научению факторов, закономерностей развития (синдромотаксиса и синдромокинеза) и прогноза расстройства в зависимости от механизма его формирования.

## НАПРАВЛЕНИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПРОБЛЕМАМИ ЗАВИСИМОСТИ

**Соловьев А.Г.**

*Северный государственный медицинский университет,  
г. Архангельск*

В Северном государственном медицинском университете (СГМУ) реализуется новое научно-методическое направление, цель которого – повышение квалификации специалистов по медико-социальной реабилитации лиц разных возрастных групп с проблемами зависимости. Оно включает теоретическую (циклы повышения квалификации, психологические тренинги) и практическую работу в больницах и центрах реабилитации.

Основными направлениями работы являются:

– медико-социальное – установление связей между психиатрическими стационарами, диспансерами и региональными социальными службами;

– психологическое – профилактика синдрома профессионального выгорания специалистов, оказывающих помощь больным с проблемами зависимости;

– фармакологическое – обоснование использования новых фармакологических возможностей, исключающих назначение «тяжелых» психотропных препаратов (с заменой на поддерживающее лечение и «вторичную коррекцию» психологического статуса больных с учетом трудоспособного и пожилого возрастов) и членов их семей;

– организационно-методическое – обучение специалистов, ответственных за все этапы лечебной и реабилитационной помощи и повышение качества жизни больных; подготовка их к работе в мультидисциплинарной команде – как основе оказания эффективной медико-социальной помощи в современном информационном сообществе.

Ожидаемые результаты реализации программы:

1. Внедрение результатов для обучения специалистов:

1) *на региональном уровне:* включение в научно-образовательные программы на факультете последипломного образования СГМУ для обучения специалистов Архангельской области;

2) *на международном уровне:*

– включение в проект партнеров из северных стран – представителей научно-практических и академических центров;

– внедрение результатов в совместные международные магистерские программы с участием образовательных центров и практических организаций Северо-Запада Российской Федерации и Евро-Арктического Баренц-региона для подготовки специалистов по медико-социальной реабилитации лиц с социально значимыми заболеваниями с учетом международного опыта Северных стран.

2. Разработка рекомендаций для специалистов по комплексной медико-социальной, психологической и фармакологической помощи по реабилитации больных наркологическими заболеваниями на последипломном уровне.

## ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПОЛИНЕВРОПАТИИ

**Соловьев А.Г.<sup>1</sup>, Елистратова Т.В.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Институт психологии и психиатрии Северного государственного медицинского университета,*

*<sup>2</sup>ФГУЗ ЦМСЧ № 58 ФМБА РФ, г. Архангельск*

Хроническая алкогольная энцефалопатия (ХАЭП) вследствие токсического поражения центральной и периферической нервной системы и развития дисметаболических нарушений является наиболее часто встречающимся неврологическим проявлением хронической алкогольной интоксикации (ХАИ).

**Целью нашего исследования** явилось изучение психофизиологических особенностей больных, страдавших ХАИ, для разработки в дальнейшем эффективных диагностических алгоритмов выявления данной патологии.

В нашем исследовании участвовали 70 пациентов, страдавших ХАИ, в возрасте старше 45 лет, средний возраст составил  $51,93 \pm 1,15$  года. Такое же количество человек, не имевших ХАИ, но страдавших дисциркулярной энцефалопатией начальной стадии (фактически пациенты с возрастными изменениями в головном мозге), вошло в группу сравнения, средний возраст составил  $52,45 \pm 1,18$  года.

Основными психофизиологическими методами исследования явились электроэнцефалография (ЭЭГ) и электронейромиография (ЭНМГ). На ЭЭГ всех пациентов исследовательской группы имелись следующие характерные особенности: регистрировался уплощенный или низкоамплитудный альфа-ритм с отсутствием его зональных различий и модуляций, а также регулярной доминирующей активности; диффузные изменения в виде медленных волн в обоих полушариях головного мозга, высокочастотный бета-ритм со средней частотой 33 Гц и средней амплитудой до 25 мкВ преимущественно в лобных отведениях; множественные артефакты записи; наложение «мышечного тремора» и «плавающих электродов» как проявление абстинентного синдрома; эпилептической и очаговой медленноволновой активности выявлено не было ни на одной ЭЭГ; также было выявлено снижение реакции активации на гипервентиляцию, фото- и фоностимуляцию. На ЭЭГ у 42,9% пациентов группы сравнения присутствовала дисфункция срединно-стволовых структур в виде единичных разрядов билатерально синхронных полифазных альфа-подобных волн амплитудой на уровне фона, сглаженности зональных различий и модуляций альфа-ритма; у 7,1% выявлялась повышенная пароксизмальная готовность головного мозга в виде гиперсинхронного заостренного альфа-ритма, разрядов билатерально синхронных полифазных альфа-подобных волн амплитудой выше фона в 2 раза, у 7,1% выявлена очаговая медленноволновая активность, у 22,9% регистрировались низкоамплитудный тип и легкие диффузные изменения, у 20,0% определялся доминирующий альфа-ритм, преобладающий в затылочных отведениях, с хорошо выделенными зональными различиями и модуляциями.

При проведении ЭНМГ у 90% лиц с ХАИ выявлялась диффузная аксональная дегенерация сенсорных и моторных волокон нервов верхних и нижних конечностей, причем у 9,5% обследуемых – с очагами вторичной демиелинизации. В группе сравнения лишь в 14,2% случаев скорость распространения возбуждения по сенсорным и моторным волокнам нервов верхних и нижних конечностей была снижена максимально до 30%, что свидетельствовало об аксональной дегенерации нервов.

Таким образом, достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) в группе больных с ХАИ ЭЭГ, помимо изменения амплитудно-частотных показателей в сторону за-

медления, уплощения и нерегулярности основного ритма, диффузного появления избыточного количества медленных волн, характеризовались отсутствием эпилептической активности, сниженной реакцией активации на гипервентиляцию, фото- и фоностимуляцию, наложением «мышечного тремора» и артефактов; ЭНМГ – наличием диффузной аксональной дегенерации; что может быть использовано в качестве дополнительного критерия дифференциальной диагностики ХАЭП.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ И МИКРОБИОЦЕНОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ В СОСТОЯНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА

Соловьева Н.В.

*Северный государственный медицинский университет,  
г. Архангельск*

**Целью** работы явилось исследование взаимосвязей ферментативной активности сыворотки крови и микроэкологии толстой кишки у больных синдромом зависимости от алкоголя на высоте острого алкогольного психоза и при использовании пробиотической коррекции.

**Материал и методы.** Обследованы 92 мужчины, средний возраст  $42,3 \pm 1,12$  года, европеоидной расы, постоянно проживающих на Европейском Севере России, из них 66 (71,7%) – с синдромом зависимости от алкоголя в состоянии острого алкогольного психоза (ОАП), у которых имелись поражения печени.

Все больные находились на лечении в наркологическом отделении психиатрической больницы г. Архангельска. Обследование проводилось в 1-е сутки поступления в стационар и на 7-е сутки – ко времени выхода из психотического состояния после проведения курса лечения. После обследования в 1-е сутки больные были разделены на две группы в соответствии с лечебными мероприятиями: 1-я группа – 34 человек, проводилось лечение по стандартной схеме, принятой в наркологической практике; 2-я группа – 32 человека – помимо основного курса лечения получали биокоррекцию водорослевыми препаратами, обогащенными бифидо- и лактобактериями (содержание культур не менее  $10^6$  КОЕ/г *B. bifidum* – «Альгибиф», и  $10^8$  КОЕ/г *L. acidophilus* – «Альгилак») по 1 табл. 3 раза в день в течение 5 дней. Контрольную группу составили 26 практически здоровых мужчин, средний возраст  $41,9 \pm 1,59$  года. Обследование контрольной группы проводилось однократно.

**Результаты.** Активность ферментов у наркологических больных на высоте ОАП была достоверно выше, чем у лиц контрольной группы: так, активность АСТ – в среднем в 3 раза ( $p < 0,001$ ), АЛТ – в 2 раза ( $p < 0,001$ ), ГГТ – в 3 раза ( $p < 0,001$ ), ЩФ – в



1,5 раза ( $p < 0,001$ ). Состояние микробиоценоза толстой кишки на высоте ОАП характеризовалось дефицитом бифидо- ( $p < 0,001$ ), лактобактерий ( $p < 0,001$ ) и энтерококков ( $p < 0,001$ ). Уменьшение содержания облигатных микроорганизмов сопровождалось увеличением частоты встречаемости условно-патогенных форм: в 4,7 раза ( $p < 0,01$ ) – кишечных палочек с гемолитическими свойствами, в 1,6 раза ( $p < 0,01$ ) – лактозонегативных кишечных палочек, в 2,5 раза – золотистого стафилококка.

После проведения лечения достоверно снизилась активность АСТ в 1,8 раза ( $p < 0,001$ ) и имела тенденция к снижению активности АЛТ и ГГТ в группе больных, получавших пробиотики, тогда как у больных, получавших традиционную дезинтоксикационную терапию, снижение было не значимым. Регистрировалось увеличение содержания бифидобактерий ( $p = 0,008$ ) и лактобактерий ( $p = 0,04$ ), энтерококков ( $p = 0,05$ ), снижение частоты встречаемости гемолитических форм кишечной палочки ( $p = 0,03$ ), золотистых стафилококков ( $p = 0,05$ ) по сравнению с 1-ми сутками в группе больных, получавших пробиотики.

С помощью корреляционного анализа было установлено, что у наркологических больных на высоте ОАП отсутствовали корреляции микроорганизмов с активностью ферментов, при этом в контрольной группе имели место корреляции числа кишечной палочки с активностью АСТ ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,05$ ) и числа энтерококков с активностью АСТ ( $r = -0,42$ ,  $p < 0,05$ ). После проведения пробиотической коррекции наблюдались корреляции численности кишечной палочки с активностью АСТ и ГГТ ( $r = 0,36$ , при  $p < 0,05$ ;  $r = 0,56$ , при  $p < 0,05$ , соответственно), лактобактерий и активности ЩФ ( $r = 0,40$ ; при  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Поражения печени у больных СЗА на высоте ОАП проявляются повышением энзиматической активности, дисбиотическими нарушениями кишечника, рассогласованием детоксикационной функции печени и микробиоценоза толстой кишки. Пробиотическая коррекция приводит к восстановлению состава и функций микрофлоры толстой кишки, способствует минимизации нарушенных функций печени, восстановлению взаимодействия двух систем детоксикации.

## ЛЮБОВЬ И ЛЮБОВНАЯ АДДИКЦИЯ

Соловьева С.Л.

*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Психологические описания любви склонны акцентировать ее позитивные характеристики. Представление о том, что любовь может приобретать аддиктивный характер, было сформулировано впервые С. Пиилом и А. Бродским в работе «Любовь и аддикция».

Человек в принципе зависим в той или иной степени от многих, если не всех, факторов внешней

среды: от воздуха, еды, питья, от сексуального партнера и социальной поддержки, от информации, денег, развлечений, возможности передвигаться, заниматься спортом, реализовывать профессиональные интересы и т. д. Аддикция – это не всегда признак патологической слабости, это и проявление способности к реализации своих потенциалов и потребностей.

В дифференциальном плане можно говорить о «нормативной зависимости» как о характеристике здоровой адаптированной личности, активно вовлеченной в разнообразные отношения и виды деятельности, и о «патологической зависимости», которая квалифицируется при формах поведения, характеризующихся компульсивностью и непреодолимостью влечения. Любовная аддикция также может дифференцироваться с «нормативной зависимостью», обозначаемой термином «любовь».

Любовная аддикция – это аддикция отношений с фиксацией на другом человеке. Выделяют основные характеристики любовных аддикций:

1. Любовный аддикт уделяет непропорционально большое количество времени и внимания человеку, к которому у него возникла аддикция. Процесс носит в себе черты навязчивости, сочетающейся с насильственностью.
2. Аддикт находится во власти переживаний нереальных ожиданий в отношении безусловного положительного отношения к себе со стороны другого человека, находящегося в системе этих отношений. Любовь также сопровождается склонностью к переоценке объекта любовной страсти.
3. Любовный аддикт забывает о себе, перестает заботиться о себе и думать о своих потребностях вне аддиктивных отношений. Зависимый постепенно теряет свободу и другие человеческие черты. Сходные переживания, хотя и выраженные, по-видимому, в меньшей степени, встречаются и при отношениях любви. Например, перенесение внимания с собственной личности на любимого человека, тенденция к присвоению, поглощению объекта любви, к его контролю характерны для феномена ревности.

Поведение любви также включает в себя и «трудноконтролируемую тягу», и «сниженную способность контролировать свои действия», и «отсутствие ясной рационализации мотивов этих действий».

## ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СИСТЕМАТИЧЕСКИ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ

Софронов А.Г., Зиновьев С.В., Добровольская А.Е.

*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

В амбулаторных условиях были пролечены 84 пациента с расстройствами шизофренического спектра, регулярно употреблявших алкоголь, – 20 женщин и 64 мужчины в возрасте от 20 до 65 лет, в среднем  $40,2 \pm 6,7$  года, выписанных на амбулатор-

ное лечение из психиатрического стационара. Критерием включения был рейтинг баллов не более 25 по подшкалам позитивной и негативной симптоматики шкалы PANSS.

Им предлагалась комплексная программа из фармакотерапии и психосоциальной реабилитации, которая востребовалась только частью больных, согласившихся пройти антиалкогольное лечение в объеме эмоционально-стрессовой терапии. Часть пациентов имела достаточный комплаенс к лечению психофармакологическими средствами. Некоторые больные были согласны только на эмоционально-стрессовое лечение.

Оценка результатов терапии через 1 год показала, что суммарно лучший эффект был достигнут при сочетании эмоционально-стрессовой терапии и фармакологического лечения. Наихудшие результаты показало изолированное эмоционально-стрессовое воздействие. Подключение психосоциальных мероприятий по результатам занимало промежуточное положение.

Таким образом, применение эмоционально-стрессовой терапии к психически больным в массовом варианте нецелесообразно. При психофармакологическом лечении в амбулаторных условиях достигаются суммарно лучшие результаты (частота полных наркологических ремиссий, смягчение доминирующей психопатологической симптоматики, снижение количества госпитализаций, улучшение показателей социального функционирования) при меньших ресурсных затратах. Сочетание психофармакотерапии и комплекса психосоциальных мероприятий обеспечивает наибольшие частоту формирования частичной наркологической ремиссии, меньше влияя на остальные критерии улучшения.

Проведение психосоциальных мероприятий целесообразно при возможности организации вокруг пациента микро- и макросоциальной патронажной поддержки. Их следует рассматривать как вариант терапии занятостью, имеющей целью структурирование досуга и способствующей установлению лучшего комплаенса. В иных случаях, в особенности при наличии явных социально-ориентированных установок, можно ограничиться только психофармакологическим лечением.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХИМИЧЕСКИМИ АДДИКЦИЯМИ**

**Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Зиновьев С.В.,  
Добровольская А.Е., Тявокина Е.Ю.**

*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

**Цель исследования:** изучение особенностей социально-демографических показателей и

клинико-динамических проявлений у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, употребляющих различные виды психоактивных веществ (ПАВ).

**Материал и методы исследования.** Сплошным методом было изучено 936 историй болезни пациентов, лечившихся в психиатрическом стационаре в 2005–2010 годах с диагнозом шизофрения. Из них была сформирована выборка, состоящая из лиц мужского пола старше 18 лет с расстройствами шизофренического спектра, коморбидными с зависимостью от ПАВ. Количество больных этой группы составило 182 человека. Использовались клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ Statistika 6. Достоверность различий оценивалась при помощи t-критерия Стьюдента и критерия Фишера. Выбран уровень значимости  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования и обсуждение.** Средний возраст обследуемых составил  $37,52 \pm 0,86$  года. Выявлено, что почти все пациенты направляются в стационар психиатрической службой. Только один человек был направлен на лечение врачом-наркологом. По типу предпочитаемого ПАВ пациенты разделились на 2 группы: в 1-ю вошло 105 человек с шизофренией, отягощенной алкогольной зависимостью, во 2-ю – 77 человек с шизофренией, ассоциированной с систематическим употреблением различных видов ПАВ. Сопоставление социально-демографических данных показало, что больные с полинаркотической зависимостью (2-я группа) были моложе, чем больные с изолированным употреблением алкоголя (1-я группа). Средний возраст равнялся соответственно  $31,38 \pm 0,94$  против  $42,45 \pm 1,14$ . Как в 1-й, так и во 2-й группе большинство пациентов не работали. Среди лиц, употребляющих алкоголь, достоверно чаще встречался диагноз параноидной шизофрении. Простая шизофрения достоверно чаще диагностировалась у больных 2-й группы. Злоупотребление ПАВ, предшествующее манифестации шизофренического процесса, было более характерно для больных с полинаркотической зависимостью, а возникшее после начала заболевания – для больных с изолированным употреблением алкоголя. Пациенты 1-й группы достоверно чаще поступали в ПБ и чаще имели инвалидность 2-й группы.

**Выводы.** Для больных с изолированным употреблением алкоголя и с полинаркотизацией характерны как общие признаки, так и достоверные различия. Сопутствующий наркологический диагноз был указан только в части историй болезни, несмотря на подробно описанные в их тексте признаки зависимости от ПАВ либо употребления ПАВ с вредными последствиями. Представляется целесообразным в случаях сочетания шизофрении с употреблением ПАВ при решении диагностических вопросов усилить акцент на наркологической части диагноза.

## ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРТИКОСТЕРОИДНОГО СОЕДИНЕНИЯ S5 В УСЛОВИЯХ ОТМЕНЫ ЭТАНОЛА И МОРФИНА

Станишевская А.В., Векшина Н.Л.,  
Николаева В.В.

Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва

Основным симптомом зависимости от психоактивных веществ является стойкое патологическое влечение к этим соединениям, которое сохраняется после их отмены и приводит к риску развития рецидива. В последние годы возник интерес к стероидным соединениям, которые вмешиваются в ключевые механизмы формирования влечения к алкоголю и наркотикам. Целью настоящего исследования явилось изучение антиалкогольной и антинаркотической активности производного неактивного стероидного гормона кортексолона (S5) на модели ремиссии после длительного отнятия алкоголя и морфина у крыс с предварительно выработанной зависимостью от них. Морфинизация и алкоголизация животных осуществлялась путем предоставления им морфина (0,02% раствор) в течение двух недель (после предварительного внутрибрюшинного двухнедельного введения морфина в возрастающих дозах) и алкоголя (10% раствор) в течение 4 и 10 месяцев в качестве единственного источника питья. Алкоголь отнимали на два месяца, морфин – на две недели. Вещество S5 вводили на протяжении всего периода отмены в дозе 5 мг/кг внутригастрально в виде суспензии в твине. Уровень влечения оценивали по изменению потребления алкоголя и морфина в условиях двухбутылочного теста непосредственно перед отнятием и по его окончании. Результаты тестирования уровня потребления морфина, проводимого после двухнедельного отнятия наркотика, выявили, что под влиянием вещества S5, вводимого в период отмены морфина, потребление наркотика снижается (с  $32,5 \pm 1,93$  мл в сутки до  $6,49 \pm 1,5$  мл в сутки,  $p=0,002$ ). Результаты тестирования уровня потребления алкоголя, проведенного после окончания периода отнятия у алкоголизированных в течение 4 месяцев крыс, показали, что введение вещества S5 в период отмены этанола сопровождается выраженным снижением его потребления ( $26,5 \pm 1,0$  мл в сутки до  $17,1 \pm 1,2$  мл в сутки,  $p<0,001$ ). На фоне более длительной алкоголизации крыс (10 месяцев) у животных, получавших вещество S5, потребление этанола также оказалось сниженным почти в два раза.

Таким образом, вещество S5 подавляет влечение к алкоголю и морфину в период их длительного отнятия, что указывает на перспективность использования кортикостероидов как терапевтических средств в постабстинентном периоде.

## СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СВЕТЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА

Стрижев В.А., Чебуракова Т.А.

Кубанский государственный медицинский  
университет МЗСР РФ, г. Краснодар

Основным направлением работы в рамках когнитивно-поведенческого подхода является работа с проблемой химической зависимости. Согласно теории когнитивной психологии, воздействуя на мысли, можно изменять чувства человека и его поведение. При работе с химически зависимыми пациентами подобный подход используется в двух планах: во-первых, выявляется, из чего состоит стремление к наркотику и алкоголю, во-вторых, проясняется, каких желательных психических эффектов хочет достичь пациент и, еще важнее, от каких – избавиться.

В работе с химическими зависимостями очень важно, чтобы после каждого занятия пациент уходил от терапевта с состоянием, лучшим сравнительно с начальным, чего добиться нелегко, ибо любая работа с симптомом во время сессии в той или иной мере провоцирует его обострение. С этой целью необходимо использовать любые психотерапевтические методы, снижающие уровень напряжения и тревоги. В первую очередь данное условие касается первых месяцев работы, когда стресс, вызванный отказом от психоактивного вещества, как правило, превышает копинг-возможности пациентов.

Длительный опыт работы с химически зависимыми пациентами позволяет сделать вывод, что система когнитивных искажений присутствует практически у всех пациентов, и именно вызванные ими оценочные когнитивные причиняют им душевную боль, с которой они «сражаются» при помощи психоактивных веществ. Поэтому работа с такого рода когнитивными искажениями – альфа и омега психотерапевтического процесса.

Когнитивно-поведенческий подход в психотерапии привлекателен и для самого специалиста тем, что избавляет его от фрустрации чувством неопределенности в отношении проделанной работы. Фиксировать у пациента изменения дезадаптивного зависимого поведения, например, и привести неосознаваемые иррациональные установки в равновесие с рациональными несколько проще, чем определить, как осознание пациентом его глубокого внутреннего конфликта влияет на его актуальное поведение или до каких высот он добрался в своей самоактуализации.

Необходимо отметить, что по ряду причин (высокопрогредиентность, хронический характер, резистентность к психотерапии заболеваний химической зависимости) психотерапевту не стоит ограничиваться в своей работе одним, даже эффективным, методом, а целесообразно использовать и эриксоновский гипноз, и психодраму, и элементы арт-терапии, сохраняя при этом основной упор на когнитивно-поведенческом подходе.

## СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Султанов Ш.Х.

*Ташкентская медицинская академия,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Проблема изучения иммуотропных эффектов опийных препаратов продолжает оставаться достаточно актуальной на сегодняшний день. С целью изучения состояния иммунной системы больных ГН в различные стадии заболевания нами было обследовано 50 больных. Из них 34 больных в возрасте 19–20 лет, 8 больных – в возрасте 21–22 лет, 8 – 23–25 лет; 17 человек женского пола, 33 – мужского. Все обследуемые больные злоупотребляли опиатами, которые являлись для них основным наркотиком. Все пациенты по длительности употребления препаратов опия разделили на две группы. Продолжительность злоупотребления наркотиками в 1-й группе составляла от 4 месяцев до 5 лет. Во 2-й группе продолжительность наркотизации свыше 5 лет. У всех больных был сформирован наркоманический абстинентный синдром. Больные героиновой наркоманией (ГН) были обследованы: в период абстинентного синдрома (АС), сразу после выписки из психиатрического стационара, в период ремиссии (спустя 1–3 месяца после полного прекращения приема наркотика). В контрольную группу вошли 30 здоровых лиц обоих полов, их средний возраст составил  $36,2 \pm 3,4$  года. Определение относительного и абсолютного количества лимфоцитов в периферической крови проводили общепринятыми методами. Уровень CD4+ и CD8+ лимфоцитов определяли при помощи моноклональных антител методом непрямой мембранной иммуофлуоресценции. Статистическую обработку результатов исследований выполняли на компьютере, графическую обработку материалов – с помощью пакета прикладных программ Excel 2000. Анализ имеющихся к настоящему времени данных свидетельствует о том, что злоупотребление опийными препаратами оказывает достаточно выраженное депрессивное действие на клеточные компоненты иммунной системы организма. В этой связи важно оценить, в какой степени выявленные изменения имеют место у больных ГН в различные периоды болезни. Первоначально была проведена оценка исследованных показателей у больных ГН в период абстиненции. Как свидетельствуют представленные данные, в АС заболевания происходили определенные изменения в количественных показателях. При этом следует отметить, что более выраженный в сравнении с контролем характер этих изменений был зарегистрирован в 1-й группе, чем во 2-й группе. В частности, установлено, что при меньшем сроке заболевания регистрировались достоверное в сравнении с контролем снижение количества CD4+ лимфоцитов и увеличение количества CD8+ лимфоцитов в периферической крови ( $p < 0,05$ ). Аналогичные закономерности были выявлены и во 2-й группе, однако эти изменения носили менее

выраженный характер, чем в 1-й группе. Снижение количества CD4+ лимфоцитов и увеличение CD8+ лимфоцитов в крови имели место, однако достоверностью от контрольных значений не отличались. В целом проведенные исследования свидетельствуют о том, что у больных ГН в различные периоды заболевания имеют место изменения и со стороны иммунокомпетентных клеток с фенотипами CD4+ и CD8+, в частности изменяется их количество. При обострении заболевания происходит снижение в периферической крови больных количества CD4+ лимфоцитов и увеличение количества CD8+ лимфоцитов. В дальнейшем, по мере осуществления терапевтических мероприятий и достижения ремиссии заболевания, выявленные различия по сравнению с контрольным уровнем постепенно начинают нивелироваться, причем в 1-й группе это происходит более быстро, чем во 2-й, у которых даже в периоде ремиссии исследованные показатели не достигали контрольного уровня.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ДИСТИМИЕЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИЙНЫХ НАРКОТИКОВ И НАРКОМАНИЕЙ

Султанов Ш.Х., Ходжаева Н.И., Губин И.А.

*Ташкентская медицинская академия,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Сочетание аффективных расстройств и употребления психоактивных веществ – широко распространенное явление, требующее углубленного клинического изучения и анализа течения заболевания. Коморбидность, в понимании исследователей, неизбежно усложняет диагностический поиск вследствие взаимного искажения клинической картины, а также требует от врача особых подходов к терапии таких состояний

Подтверждение существования проблемы сочетанной патологии, высокие показатели распространенности заболевания, отсутствие единого подхода к квалификации. В соответствии с вышеизложенным, была поставлена цель – провести сравнительное исследование психопатологии, клинической картины и особенностей терапии групп больных дистимией, принимавших наркотики опийной группы, и наркоманией и предложить наиболее эффективные методы терапии подобных состояний. С этой целью обследовано 26 больных дистимией, осложненной зависимостью опийными наркотиками (ДОЗОП), и 22 больных опийной наркоманией. Пациенты, страдающие дистимией, еще до употребления ПАВ отмечали длительные периоды дистимических состояний и обращались в основном к врачам широкого профиля с жалобами на сниженное настроение, астению, ангедонию. В результате сравнения двух групп выявлено, что у пациентов ДОЗОП по сравнению с больными наркоманией возраст начала употребления ПАВ зна-

чительно выше. Как правило, больные с ДОЗОП начинают знакомство с ПАВ старше 20 лет, затем переходят к опийным. У подавляющего большинства больных ДОЗОП формирование АС проходит в более длительные сроки, чем у больных наркоманией. Профиль соматических осложнений наркотического генеза одинаков в обеих группах, но в большей степени они выражены у больных наркоманией. У больных ДОЗОП на фоне терапии происходит более активное подавление симптомов постабстинентных состояний (ПАС), чем у больных наркоманией. Использование нейролептиков наряду с антидепрессантами в терапии ПАС позволяет быстро купировать ПВН. При оценке переносимости терапии на всех этапах наблюдения число нежелательных побочных явлений было достоверно выше в группе больных наркоманией, по сравнению с больными ДОЗОП. На частоту возникновения побочных явлений нейролептической терапии влияют форма дистимии и длительность приема наркотиков в анамнезе больного.

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В СВЯЗИ С СОБЕННОСТЯМИ АЛКОГОЛЬНОЙ АНОЗОГНОЗИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, КОМОРБИДНОЙ С АЛКОГОЛИЗМОМ

Сухорукова А.А.

*РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург*

В последние годы отмечается рост числа больных, страдающих сочетанной патологией. При этом зависимость от алкоголя является наиболее часто встречающейся аддикцией при шизофрении.

Однако, при достаточно высоком интересе к данному вопросу, работ, посвященных изучению особенностей отношения к алкоголю, а также качества жизни при сочетанной патологии, единицы.

Недостаток работ по данной теме, а также отсутствие реабилитационных программ для данной группы пациентов явились основанием для проведения данного исследования.

**Целью исследования** явилось изучение взаимосвязи качества жизни и алкогольной анозогнозии у пациентов с шизофренией, коморбидной с алкоголизмом.

Гипотеза исследования: позитивное восприятие качества жизни больных шизофренией, коморбидной с алкоголизмом, связано с неприятием ими как самого заболевания, так и сопутствующей ему симптоматики.

В исследовании были использованы клинико-психологический метод и экспериментально-психологические методы: опросники ММРІ и «Отношение к болезни», методики «Алкогольная анозогнозия», «Незаконченные предложения» и ВОЗКЖ-100.

Исследование проводилось на базе отделения лечения больных алкоголизмом СПб НИПНИ

им. В.М. Бехтерева. Было обследовано две группы больных обоих полов, в возрасте от 24 до 61 года. Первую группу составили больные шизофренией, сочетанной с алкоголизмом, вторую – больные алкоголизмом без сопутствующей психической патологии.

По результатам исследования было установлено, что коморбидные больные, отрицающие наличие у себя наркологического заболевания и его симптомов, больше удовлетворены качеством своей жизни, касающимся внешних условий, способности к работе. Что касается взаимосвязи уровня анозогнозии в отношении заболевания и качества жизни в субсфере социальной поддержки и духовной сфере, то данная часть гипотезы не подтвердилась. Также было установлено, что при высоком уровне анозогнозии в отношении последствий заболевания оценка уровня качества жизни у данной группы больных в определенных сферах будет низкой. Пациенты, выражающие адекватную эмоциональную озабоченность заболеванием и осознающие его, имеют более высокие показатели качества жизни. Кроме того, в исследовании было выявлено, что пациентов с коморбидным диагнозом отличает более высокий уровень осознания медицинских аспектов заболевания, при недооценке психологических и социальных последствий.

Таким образом, полученные данные вписываются в современные представления о пациентах, страдающих шизофренией, сочетанной с алкоголизмом.

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИИ И КЛИНИКИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ У БОЛЬНЫХ С СИМПТОМАТИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ И ЭПИЗОДИЧЕСКИМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Тиганов А.С., Назимова С.В.

*НЦПЗ РАМН, Москва*

С целью изучения особенностей психопатологии и клиники эндогенных психозов, формирующихся в условиях экзогенного воздействия (симптоматический алкоголизм, эпизодическое употребление наркотических веществ) как самостоятельного патогенетического звена, обследовано 50 пациентов в возрасте от 19 до 48 лет (средний возраст  $30,3 \pm 2,32$  года). По определяющему синдрому в картине манифестных психозов выделено 4 типа приступов, при которых экзогенные вредности предшествовали формированию психоза и оказывали существенное влияние на особенности психопатологической картины манифестных приступов: острые психотические состояния с помрачением сознания; острые психотические состояния с вербальным галлюцинозом; острые психотические состояния с синдромом Кандинского–Клерамбо; острые парафренические состояния. Результаты исследования клинической картины эндогенных

психозов, формирующихся в условиях экзогенного воздействия, обусловили выделение трех клинических групп больных с разновидностями течения эндогенного процесса, при которых экзогенное влияние токсических факторов проявлялось по-разному на разных этапах заболевания: рекуррентное течение шизофрении с признаками экзогенного воздействия в инициальном периоде заболевания, в картине манифестных и последующих психотических приступов; приступообразно-прогредиентное течение шизофрении с признаками экзогенного воздействия в инициальном периоде заболевания и в картине манифестных психотических приступов; приступообразно-прогредиентное течение шизофрении с признаками экзогенного воздействия в картине манифестных психотических приступов. Полученные данные свидетельствуют, что экзогенный фактор может быть задействован в развитии эндогенных психозов, он может служить триггером в запуске всей цепи патогенетических механизмов эндогенных психозов, может провоцировать отдельный приступ, оказывать влияние на некоторые психопатологические проявления обострения и его динамику, маскировать «экзогенными» симптомами психопатологию и течение эндогенного по своей сути заболевания. Непосредственно эндогенный процесс, а возможно и лишь некоторые нейрохимические отклонения, которые могут лежать в его основе, становятся предпосылкой употребления индивидом психоактивного вещества, выступающего в роли экзогенного фактора манифестного эндогенного психоза.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Ткаченко Н.В.<sup>1</sup>, Заика В.Г.<sup>1</sup>,  
Андреева В.О.<sup>2</sup>, Лев Л.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ростовский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии, г. Ростов-на-Дону

Проблема ожирения в современном обществе рассматривается в различных аспектах, одним из наиболее важных является увеличение частоты этой патологии у детей и подростков. Формирование метаболических нарушений в подростковом возрасте у девочек нередко приводит в последующем к нарушениям репродуктивной функции.

**Целью исследования** являлось изучение психопатологических, поведенческих и нейроэндокринных расстройств, возникающих у подростков с нарушением менструальной функции на фоне ожирения.

Обследованы 44 девочки в возрасте от 13 до 17 лет с нарушением менструального цикла на фоне ожирения. Индекс массы тела (ИМТ) при первичном обращении в среднем составлял 37,5 (32,6; 43,2). Исследовалось содержание лептина, гонадотропинов, тестостерона, АКТГ, кортизола в сыворотке крови

методом ИФА, уровень тревоги и депрессии определялся с помощью шкалы Гамильтона (HDRS), а также определяли тип пищевого поведения с помощью Голландского опросника пищевого поведения.

В зависимости от типа пищевого поведения были выделены три группы: первая – 18 пациенток с эмоциогенным типом пищевого поведения, когда стимулом к приему пищи становился эмоциональный дискомфорт, состояние стресса, вторая – 14 человек с экстернальным поведением, прием пищи осуществлялся всегда, когда она была доступна, третья – 12 человек с ограничительным поведением – периодически проводили строжайшие диеты. Симптомы тревоги обнаружены у 13 пациенток I группы (72,2%), у 16,7% отмечались признаки легкой депрессии. У пациенток с экстернальным типом пищевого поведения (II группа) эти показатели были значительно ниже: тревога выявлялась только у 28,6%, признаков депрессии не отмечалось. В III группе тревога отмечалась у всех пациенток, а у 33,3% обнаружены признаки легкой депрессии.

Повышение кортизола наблюдалось в I группе у 77,8%, во II – у 14,3% и в III – у 41,7% пациенток. Изменение концентрации гонадотропных гормонов было обнаружено во всех трех группах, однако связь с типом пищевого поведения нами не установлена. Повышение уровня тестостерона и гиперлептинемия отмечались во всех группах, более выраженные во 2-й группе.

## ФЕНОМЕН ПРОКРАСТИНАЦИИ И ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Ткаченко И.Ю., Колпаков Я.В.,  
Ялтонский В.М.

Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗСР РФ, Москва

Прокрастинация – понятие в психологии, обозначающее склонность к постоянному «откладыванию на потом» неприятных мыслей и дел, которая выражается в стремлении человека всеми способами не приступать к выполнению определенных дел или обязанностей или даже принятию решений. **Целью исследования** было сравнительное изучение феномена прокрастинации и особенностей защитно-совладающего поведения у мужчин, зависимых от психоактивных веществ, и условно здоровых мужчин. Всего было обследовано 60 мужчин в возрасте 20–40 лет. В первую группу вошли 20 мужчин с синдромом зависимости от алкоголя (F10.201) в возрасте 20–40 лет (средний возраст 33,4±4,6 года), госпитализированных в филиале ГКУЗ «НКБ № 17 ДЗ г. Москвы». Во вторую группу вошли 20 мужчин с синдромом зависимости от опиоидов (F11.201) в возрасте 20–40 лет (средний возраст 32,8±4,8 года), госпитализированных в филиале ГКУЗ «НКБ № 17 ДЗ г. Москвы». В третью, контрольную группу вошли

ли 20 условно здоровых мужчин в возрасте 20–40 лет (средний возраст  $31,7 \pm 5,5$  года) из общей популяции г. Москвы. Использовались психодиагностические методики «Шкала общей прокрастинации» (GPS) в адаптации Я.И. Варваричевой и авторской модификации, «Индекс жизненного стиля» (LSI) и «Стратегии совладающего поведения» С. Фолькман и Р.С. Лазаруса (WCQ) в адаптации НИПНИ им. В.М. Бехтерева под рук. Л.И. Вассермана. Полученные данные прошли статистическую обработку при помощи пакета программ SPSS 17.

Показано, что у лиц, зависимых от психоактивных веществ, выраженность феномена прокрастинации достоверно выше, чем у условно здоровых лиц, у которых выраженность определяется на нормативном уровне. Общая напряженность системы механизмов психологической защиты личности у лиц, зависимых от психоактивных веществ, достоверно выше, чем у условно здоровых лиц. В структуре механизмов психологической защиты личности у лиц, зависимых от алкоголя, преобладают механизмы компенсации и проекция, у лиц, зависимых от опиоидов, преобладают реактивное образование, регрессия и замещение, у условно здоровых лиц – отрицание и интеллектуализация. Лица, зависимые от алкоголя, достоверно чаще прибегают к стратегии совладающего поведения бегство-избегание, тогда как лица, зависимые от опиоидов, – к стратегиям конфронтация и поиск социальной поддержки, а условно здоровые лица характеризуются равномерностью репертуара используемых стратегий совладающего поведения с достоверно низкой выраженностью малоадаптивных стратегий конфронтации и бегства-избегания. У лиц, зависимых от психоактивных веществ, выявлены корреляционные связи примитивных механизмов психологической защиты личности и выраженности феномена прокрастинации, тогда как у условно здоровых лиц эти связи выявлены со стратегиями совладающего поведения.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ГОТОВНОСТИ К ИЗМЕНЕНИЯМ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Трусова А.В.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

**Введение.** Современные зарубежные исследования подтверждают эффективность краткосрочных вмешательств (brief intervention) в профилактике алкогольной зависимости, а также, по некоторым данным, в ее лечении.

**Цель.** Изучение динамики готовности к изменениям в употреблении алкоголя у госпитализированных больных с алкогольной зависимостью в процессе проведения краткосрочной мотивационной групповой интервенции (КМГИ).

**Материалы и методы.** Материалы исследования составили данные 55 госпитализированных больных с синдромом зависимости от алкоголя (F10.25, F10.26), после купирования ААС, без коморбидных психических заболеваний. Для оценки готовности к изменениям в употреблении алкоголя использовались методика SOCRATES и визуальная шкала Readiness Ruler (RR). Оценивалась готовность к изменениям до и после проведения КМГИ. В телефонных интервью оценивался период воздержания от алкоголя после выписки из стационара через 3 и 6 месяцев.

**Результаты.** В исследуемой группе средние показатели шкалы «Осознание» методики SOCRATES до проведения КМГИ составили  $30,0 \pm 16,62$  ( $M \pm SD$ ), после проведения КМГИ  $31,9 \pm 16,63$  ( $p=0,052$ ); шкалы «Амбивалентность» –  $64,55 \pm 18,7$  и  $67,14 \pm 19,27$  ( $p<0,01$ ); шкалы «Действие» –  $44,09 \pm 19,18$  и  $41,43 \pm 22,42$  ( $p<0,01$ ) соответственно. По визуальной шкале RR получены следующие результаты: средняя оценка готовности к изменениям до проведения КМГИ на момент тестирования  $8,41 \pm 1,66$  ( $M \pm SD$ ), за полгода до госпитализации –  $4,21 \pm 2,33$ ; после проведения КМГИ на момент тестирования  $9,02 \pm 1,03$ , за полгода до госпитализации  $4,24 \pm 2,39$ . Различия в субъективной оценке готовности к изменениям в употреблении алкоголя на момент тестирования значимы ( $p=0,02$ ). По данным телефонных интервью, 40 человек (73%) воздерживались от приема алкоголя через 6 месяцев после выписки из стационара. У этих пациентов обнаружены более высокие показатели по шкале «Амбивалентность» методики SOCRATES ( $p<0,01$ ) и более низкие показатели оценки готовности к изменениям по шкале RR до проведения КМГИ на момент тестирования ( $p<0,05$ ) по сравнению с пациентами, которые возобновили употребление алкоголя.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о повышении уровня готовности к изменениям в употреблении алкоголя в исследуемой группе больных после проведения КМГИ. Увеличение средних показателей амбивалентности в отношении употребления алкоголя после проведения КМГИ может расцениваться как положительный эффект, связанный с выявлением противоречий в отношении алкоголя. Отрицательная динамика по шкале «Действие», по-видимому, отражает убеждения больных, связанные с отсутствием необходимости предпринимать конкретные действия относительно изменения своего образа жизни после выписки из стационара.

**КОМПЛЕКСНАЯ  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА  
С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСАКТНОГО  
АНАЛИЗА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Тучин П.В.**

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва*

У больных с алкогольной зависимостью всегда страдают взаимоотношения с другими людьми, появляются конфликты в семье, на работе, изменяется круг знакомых и друзей. Человек, страдающий алкогольной зависимостью, постепенно перестает участвовать в приятных, близких взаимоотношениях, не задумывается об их потере, что приводит к межличностным конфликтам и утяжелению социальных последствий заболевания. Начиная работу на самых ранних этапах наркологического лечения посредством трансактного анализа, мы пользуемся преимуществом этого подхода, подразумевающего взятие под контроль разрушительные симптомы заболевания в сложившейся ситуации и планирование тех изменений, которые позволят быть успешным в будущем. Это позволяет, в том числе, и взять под контроль изменения в семейном и социальном статусе. Психотерапевтический подход к межличностным взаимоотношениям Стивена Карпмана описывает последовательные стадии общения, проходя которые люди принимают решение о совместных обязательствах. В психотерапевтическом процессе внимание фокусируется на двух эмоциональных полюсах, окрашивающих поведение. В первом случае, будучи обладателем чувства безопасности, надежности и желанности, человек выстраивает свое общение с окружающими, демонстрируя готовность делиться, заботу, контакт и участие. Во втором случае, испытывая чувство страха, лишения и отвращения, человек проявляет скрытность, снисходительность, грубость и замкнутость. В процессе общения происходит накопление результатов того или иного типа общения, которые постепенно складываются в один негативный или позитивный итог. Первопричиной определенного деструктивного типа поведения, которое описывается во втором случае, являются эмоциональные нарушения, которые пациент с зависимостью от алкоголя часто не понимает и, соответственно, не видит выхода. Использование трансактного анализа в групповой и индивидуальной работе позволяет на ранних этапах лечения прийти к новому позитивному стилю общения и совместным обязательствам в нем, что способствует улучшению межличностных взаимоотношений у больных алкогольной зависимостью.

**НОВЫЙ МЕТОД СОЧЕТАННОЙ  
ЛАЗЕРНОЙ И СУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ  
НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Тышкевич Т.Г.<sup>1</sup>, Точиллов В.А.<sup>2</sup>,  
Коненков С.Ю.<sup>1</sup>, Поляков Ю.И.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>*Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН,*

<sup>2</sup>*Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

**Целью исследования** явилось повышение эффективности комплексного лечения наркологических больных путем разработки метода сочетанной лазерной и суггестотерапии.

Исследуемую группу составили 23 пациента в возрасте от 23 до 52 лет с синдромами зависимости, вызванной употреблением алкоголя (15 человек) и опиоидов (8 больных).

Курсы сочетанной лазерной и суггестивной терапии из 5–7 процедур по разработанному методу (Патент РФ 2441682, 10.02.2012) проводили в раннем постинтоксикационном периоде. Воздействовали лазерным излучением, генерируемым с помощью аппарата «ШАТЛ-комби», длиной волны 0,86 мкм, мощностью 30 мВт, частотой 70 Гц, контактно симметрично паравертебрально на межлопаточную область и сагиттально на грудину и эпигастральную область в 4 поля по 5 минут и длиной волны 0,63 мкм, мощностью 20 мВт, частотой 70 Гц, симметрично субокципитально латеральнее паравертебральных мышц и за углом нижней челюсти в 4 поля по 3 минуты. Последовательно процедуры лазеротерапии и суггестотерапии выполняли с 3-го дня лечения.

Выраженное эмоциональное напряжение, двигательное беспокойство, замедленное засыпание, имевшие место до лечения у 16 пациентов, затрудняли проведение суггестотерапии. После проведения 2 процедур лазеротерапии получено частичное купирование симптомов у 6 больных. Однако возросли показатели теста Зунге от  $39,9 \pm 0,8$  до  $43,2 \pm 0,9$  баллов и вегетативный индекс Кердо от  $18,4 \pm 1,4$  до  $24,1 \pm 1,7$  ( $p < 0,05$ ). Полученные данные указывают на позитивное влияние дестабилизации устойчивого патологического состояния, свидетельствующее о возможности коррекции психопатологического состояния. Но в то же время – на преждевременность применения суггестотерапии до улучшения соматоневрологического состояния. После 3 процедур лазеротерапии установлено значительное уменьшение выраженности психоневрологической симптоматики у 7 пациентов и полное ее купирование у 10 больных. При этом снизились показатели теста Зунге до  $30,5 \pm 0,9$  баллов и вегетативного индекса Кердо до  $12,3 \pm 1,0$  ( $p < 0,05$ ). Полученные эффекты улучшения функционирования головного мозга обеспечили оптимальные условия проведения суггестотерапии, улучшения восприятия и усвоения внушаемой информации.

Таким образом, проведение сочетанной лазеротерапии с воздействием на магистральные нервно-сосудистые структуры и суггестотерапии в



раннем восстановительном постинтоксикационном периоде повышает результативность коррекции выраженных психоневрологических нарушений у больных с синдромами зависимости и облегчает получение ремиссии.

**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ  
 ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ  
 РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ  
 ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ  
 И ГИПЕРАКТИВНОСТИ  
 НА ФОНЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ**

**Уварова-Тё Т.Н.<sup>2</sup>, Кокорина Н.П.<sup>1</sup>,  
 Лопатин А.А.<sup>1</sup>, Селедцов А.М.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Кемеровская государственная медицинская академия,

<sup>2</sup>Кемеровский областной клинический наркологический диспансер, г. Кемерово

Целью настоящего исследования было изучение формирования психических и поведенческих расстройств у подростков, употребляющих ПАВ на фоне синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Нами было обследовано 226 подростков в возрасте от 15 до 18 лет, обучающихся в среднеспециальных учебных заведениях г. Кемерово. Группа «А» – 114 подростков, употребляющих психоактивные вещества на фоне синдрома дефицита внимания и гиперактивности (DSM-IV). Группа «В» – 112 обследуемых, употребляющих ПАВ без клинических проявлений СДВГ. Исследования были проведены по европейскому проекту (ESPAD), в виде опросов методом анонимного анкетирования подростков. Статистический анализ обработан в программе Statistica 6.1.

Таким образом, было выявлено, что возраст первого знакомства с психоактивными веществами составлял: в группе «А» – от 7 до 12 лет; в группе «В» – от 12 до 15 лет. В сравнительном исследовании подростки одинаково проявляли интерес ко всем ПАВ, но в группе «А» при распитии алкогольных напитков практически сразу переходили на систематическое употребление; в группе «В» употребление носило ситуационно-обусловленный характер. За последние 30 дней употребление пяти или более порций алкоголя «за раз» – «А» 61 (53,5%); «В» 42 (37,5). Степень алкогольного опьянения в группе «А» достигала тяжелой интоксикации в 20 (17,5%) случаях, в группе «В» – в 5 (4,6%). В группе «А» на фоне систематического приема алкоголя в течение 6 месяцев начинали употреблять наркотические средства, в то время как в группе «В» в течение 12 месяцев. В группе «А» у 15 (13,1%) подростков после первых приемов наркотических средств развивалось компульсивное влечение к героину, и они сразу переходили на парентеральное введение; в группе «В» также пробовали наркотические средства опиоидной группы, но отдавали предпочтение и останавливались на группе каннабиноидов (анаша, конопля). Недооценка употребления психоактив-

ных веществ являлась негативным элементом при формировании гармоничного развития подростка.

**НЕКОТОРЫЕ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ  
 ОСОБЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ  
 ИГРОВОЙ АДДИКЦИИ**

**Урсу А.В.**

*Ивановская государственная медицинская академия,  
 г. Иваново*

Как было показано нами ранее (Урсу А.В., Худяков А.В., 2010), увлеченность компьютерными играми может привести к зависимости, которая феноменологически имеет родство с химическими зависимостями. При лечении этих двух аддикций специалисты пытаются применить одни и те же методики, что не всегда оправданно.

Для разработки специфических подходов терапии компьютерной игровой аддикции мы провели исследование ее феноменологической картины. Чтобы доказать наличие взаимосвязи между увлечением компьютерными играми и рядом клинико-психопатологических феноменов, была разработана квантифицированная карта оценки психического состояния, описывающая субъективное состояние игроков, возникающее перед игрой, в процессе и после игры. В общей сложности по данной карте было опрошено 300 студентов, среди которых была выделена группа с признаками аддиктивного поведения. Методом сравнения по t-критерию Стьюдента было выявлено, что группу с признаками компьютерной игровой аддикции достоверно отличал феномен «погружения» в виртуальный мир, который включал в себя такие явления, как идентификация с героем игры, «оживление виртуальной реальности», изменение восприятия времени и реального мира. Также эту группу отличали выраженное чувство уверенности в себе и радости во время игры, сильное раздражение на окружающих при вынужденном прекращении игры, а в состоянии «вне игры» – чувство усталости и нежелание что-либо делать, которое сопровождалось навязчивыми представлениями и мыслями об игре. Полученные результаты также были подтверждены корреляционным анализом, который выявил достоверную связь между средним ежедневным количеством игровых часов и такими феноменами, как скука, навязчивые образы и мысли об игре ( $r=0,43$ ) в период вне игры; идентификация с героем ( $r=0,47$ ), раздражение при попытке посторонних прервать игру ( $r=0,36$ ) в игровой период; скука и нежелание что-либо делать после игры ( $r=0,48$ ).

Таким образом, игрок проходит через определенный цикл, в котором чередуется состояние возбуждения и радости «в игре» с состоянием усталости и раздражительности «вне игры». Данную особенность необходимо учитывать в разработке специфических подходов терапии компьютерной игровой аддикции.

# ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ЭТАНОЛА У КРЫС-САМЦОВ ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ ЕГО СОЧЕТАННОМ ПОТРЕБЛЕНИИ С ФЕНАЗЕПАМОМ И КОФЕИНОМ

Филатова Е.В.<sup>1</sup>, Егоров А.Ю.<sup>1,2</sup>,  
Кулагина К.О.<sup>1</sup>, Кучер Е.О.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Институт эволюционной физиологии и биохимии  
им. И.М. Сеченова РАН

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный университет,  
Санкт-Петербург

Ранее нами было показано, что в процессе принудительной алкоголизации у крыс при формировании предпочтения этанола наблюдаются характерные изменения в динамике поведенческих параметров. **Целью данной работы** было исследование влияния индивидуального состояния на формирование предпочтения этанола у крыс. Фармакологическое воздействие на эмоциональную сферу осуществлялось сочетанным потреблением этанола с феназепамом и кофеином. Из четырех групп в течение 4 месяцев эксперимента 1-я группа имела доступ только к раствору 10% этанола; 2-я группа – только к 10% раствору этанола с добавлением 0,4 г/л кофеина; 3-я – к 10% раствору этанола с 0,0005 г/л феназепама; 4-я (контрольная) – только к воде. Поведенческие параметры оценивались до эксперимента и через каждые 5 недель с помощью теста «Открытое поле». Уровень предпочтения этанола определялся с помощью теста двустаканной пробы до эксперимента и каждые 4 недели. Через 4 месяца крысы экспериментальных групп были разделены по уровню предпочтения этанола на две подгруппы: потребляющие более и менее 50% раствора этанола. Обнаружено, что снижение двигательной активности в процессе принудительной алкоголизации положительно коррелирует с более низким уровнем предпочтения этанола к концу эксперимента. В группе крыс, получавших раствор этанола и к концу эксперимента демонстрирующих более низкий уровень потребления, наблюдается рост уровня тревоги, в отличие от крыс, которые к концу эксперимента предпочитают алкоголь в большей степени. У крыс, получавших раствор этанола с феназепамом и демонстрирующих к концу эксперимента более низкий уровень предпочтения, наблюдается чувствительность к седативному воздействию феназепама, выражающаяся в резком снижении уровня тревоги в процессе эксперимента, в отличие от крыс с более высоким уровнем предпочтения этанола. У крыс с высоким уровнем предпочтения, напротив, наблюдается рост тревоги. Крысы, в конце опыта предпочитающие алкоголь в большей степени и потреблявшие этанол совместно с кофеином, оказались, по-видимому, более чувствительны к действию препарата, что обусловило резкий скачок тревожности к 5-й неделе потребления раствора. Полученные данные свидетельствуют о влиянии индивидуальных особенностей эмоциональной сферы на формирование алкогольного предпочтения.

# ПРОБЛЕМА АДДИКЦИЙ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.

НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека  
ФМБА России, Санкт-Петербург

Социально-экономические потрясения в конце прошлого века оказали негативное воздействие на психическое здоровье населения и представляют высокую опасность для сохранения здоровья, как в период воздействия, так и в отдаленном периоде. С 90-х годов прошлого века отмечается резкий рост распространенности саморазрушающего поведения (алкоголизм, наркомании, токсикомании и др.), пограничных психических расстройств (ППР), психосоматических расстройств (ПСР) и других нервно-психических заболеваний среди всех групп населения России (Дмитриева Т.Б., 2009 и др.).

Актуальность проблемы обусловлена продолжающейся тенденцией ухудшения психического здоровья работающих и населения, что требует принятия срочных мер по сохранению психического здоровья. Невротические состояния и депрессии приводят к снижению работоспособности или временной нетрудоспособности с последующей инвалидизацией, алкоголизму и наркоманиям, суицидам, а также возможным аварийным ситуациям на потенциально опасных предприятиях и т. д. (Александровский Ю.А., 1976, 2004, 2007, 2011; Карвасарский Б.Д., 1986–2005, 2009, 2011; Краснов В.Н., 2009–2010; Незнанов Н.Г., 1993, 2009, 2010, 2011; Яхин К.К., 2007, 2011 и др.).

**Цель работы** – показать роль и место психиатрии в комплексном решении проблемы аддикций.

**Результаты исследования.** Представлены результаты анализа ситуации с распространенностью аддикций (алкоголизм, наркомании, токсикомании) среди населения, пребывающего в условиях социально-психологического напряжения.

Анализ заболеваемости населения Санкт-Петербурга наркоманиями по официальной статистической отчетности выявил интенсивный ее рост с 1984 по 1992 год – в 12,8 раза (с 1,5% до 19,2%), а с 1992 по 1996 год – еще в 6 раз (с 3,1% до 19,2%). При этом болезненность наркоманией за эти годы также увеличилась в 6 раз (с 10,0% до 59,7%). Среди подростков наркозаболеваемость в 1992–1996 годах увеличилась в 13,2 раза (с 4,5% до 59,8%), а болезненность – в 10,4 раза (с 7,1% до 74,4%). Заболеваемость всего населения токсикоманиями с 1984 по 1996 год возросла в 9 раз (с 0,2% до 1,8%), а болезненность – в 5,7 раза (с 1,2% до 6,2%). Количество токсикоманов среди подростков, стоящих на учете, за 1992–1996 годы увеличилось в 1,6 раза (с 10,5% до 16,9%), а злоупотребляющих наркотиками и ненаркотическими средствами – в 3,1 раза (с 53,6% до 168,1%). Смертность населения от причин, связанных с употреблением алкоголя, с 1991 года к 1994-му возросла в 4,8 раза, а в последующие 2 года она хоть и снизилась, но и в 1996 году оказалась в 2,2 раза выше, чем в исходном 1991 году.

Проведенное нами сплошное обследование в центральной России в 2007 году показало, что более половины взрослого населения алкоголь употребляли редко (не чаще одного раза в месяц) (57,3%). Каждый пятый опрошенный указывал на умеренное (не чаще одного раза в неделю) употребление алкоголя (21,3%). Среди мужчин доля умеренно употреблявших алкоголь достигала 33,3%. Предпочитаемые спиртные напитки равномерно распределялись на вино (39,5%), водку (31,4%) и пиво (29,1%). У лиц с аддиктивным поведением часто встречались разнообразные признаки мозговой дисфункции (у 58% в анамнезе ЧМТ, преждевременные роды и травмы во время родов). На ЭЭГ у 49% выявлялась дисфункция, что указывает на роль органической «почвы» в возникновении аддикций. Важно учитывать, что официальная отчетность не отражает реального положения дел и может служить только для выработок рабочих гипотез. Проведение специальных выборочных исследований позволит строить научно-обоснованные прогнозы и оптимизировать целевые программы профилактики.

Приведенные выше негативные факты указывают на ведущую роль социально-психологической напряженности в обществе в резком увеличении числа самоубийств, росте распространенности наркоманий, невротоподобных расстройств и невротических депрессий, маскирующихся под соматические заболевания. Наряду с саморазрушающим поведением больших масс населения, рассматриваемые нервно-психические расстройства приводят к стойкой утрате трудоспособности и инвалидизации больших групп населения. Можно предположить, что любое психическое расстройство, в том числе и аддикции, связано с определенной «предрасположенностью» мозга к этой патологии.

В связи с остротой проблемы необходимо:

– определить государственные приоритеты организации научных исследований в интересах современной медицинской практики, для достижения реальных результатов по сохранению психического здоровья людей и профилактике аддикций;

– провести анализ существующего законодательства – пересмотреть существующие и разработать новые, с учетом современных требований, нормативно-методические материалы по обоснованию психиатрического освидетельствования людей;

– провести комплексные исследования для обоснования перечня методов клинического, психофизиологического, психологического, клинико-лабораторного и инструментального обследования лиц, работающих на предприятиях потенциальной опасности, для ранней диагностики и обоснования диагноза психического расстройства;

– сформировать межведомственную комплексную программу по объективной оценке ситуации с психическим здоровьем (данные официальной отчетности недостоверны), профилактике и укреплению психического здоровья с учетом сложившейся ситуации;

– для достижения реальных результатов по сохранению психического здоровья людей и профилактике аддикций необходимо проведение научных исследований по фундаментальным медико-социальным и медико-психологическим аспектам психического здоровья работающих и населения;

– обосновать выбор государственных мероприятий, направленных на прогнозирование ситуации с психическим здоровьем, охрану и укрепление здоровья работающих и населения, выявление санных и патогенных факторов при отдельных нозологических формах патологии;

– научно обосновать пути формирования, поддержания и укрепления психического здоровья, разработку социальной и медико-биологической профилактики разных форм патологии, а также применение мониторинга и использование методов комплексной оценки «факторов риска»;

– разработать сложные автоматизированные информационно-аналитические системы (Регистры здоровья) для оценки и сравнительного анализа индивидуального и популяционного психического, соматического и социального здоровья;

– определить показатели и критерии применительно к конкретным производствам, территориям, климато-географическим зонам и конкретным этносам;

– провести анализ причинно-следственных отношений в системе «человек – среда обитания» с использованием разработанной методологии комплексной медицинской экспертизы ситуации и современного автоматизированного информационно-аналитического обеспечения.

Подробные результаты комплексного исследования состояния психического здоровья работающих на предприятиях потенциальной техногенной опасности и населения будут представлены в докладе.

## **ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ТАБАЧНЫМ АНАМНЕЗОМ**

**Харькова О.А., Соловьев А.Г.**

*Северный государственный медицинский университет,  
г. Архангельск*

Табакокурение является наиболее распространенной химической аддикцией среди женского населения России. Это, в свою очередь, неизбежно ведет к увеличению превалентности табакокурения во время гестационного периода. Согласно МКБ-10, употребление табака приводит к поведенческим и психическим расстройствам. В связи с этим для разработки профилактических антитабачных мероприятий необходимо изучить те стороны личности, которые могут являться слабыми и лежать в основе формирования никотиновой зависимости и невозможности отказа от табака во время беременности.

**Целью исследования** явилось изучение особенностей невротизации и психопатизации у беременных женщин с различным табачным анамнезом.

**Материал и методы.** В одномоментном исследовании приняли участие 245 беременных женщин, находящихся на стационарном лечении в роддомах г. Архангельска. Женщины были поделены на три группы в зависимости от их табачного анамнеза: «курящие» на протяжении всей беременности (72 чел.), «отказавшиеся от табака» по факту установления беременности (52 чел.) и «некурящие» (121 чел.). С целью выявления особенностей невротизации и психопатизации использовался опросник Н.Б. Ласко. Хи-квадрат Пирсона применялся для изучения взаимосвязи между двумя качественными признаками.

**Результаты исследования и их интерпретация.** Дифференциальная диагностика невротизации показала, что курящие беременные статистически чаще имели высокий уровень невротизации, чем некурящие женщины (13,3% и 4,1%,  $p=0,023$ ), проявляющийся выраженной эмоциональной возбудимостью, тревожностью и раздражительностью. Тенденция к выходу за рамки общепринятых норм и морали, которая может привести к непредсказуемости поступков и созданию конфликтных ситуаций, статистически чаще отмечалась у курящих и отказавшихся от табака беременных женщин, чем у некурящих (40,2% и 21,5% при  $p=0,020$  и 39,6% и 21,5% при  $p=0,033$  соответственно).

**Заключение.** Таким образом, курящим беременным женщинам присущи черты психопатических личностей и такие характерные проявления невротических состояний, как быстрая утомляемость, нарушение сна, снижение настроения, раздражительность и пр., что необходимо учитывать при разработке психокоррекционных антитабачных мероприятий.

## ХИМИЧЕСКАЯ АДДИКЦИЯ ОТ ДЕЗОМОРФИНА

Хлебников А.Н., Барыльник Ю.Б.,  
Щетинин С.Г.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского МЗ РФ,  
г. Саратов

Борьба с наркоманией принудила аддиктов от опиатов к употреблению самодельных опиоидов, синтезированных из кодеина официальных кодеинсодержащих препаратов «Терпинкод», «Кадилак» и др. Дезоморфин – полусинтетический опиоид фенантренового ряда, синтезированный на основе кодеина после проведения ряда реакций с различными прекурсорами из бытовых химикатов. Нередкие нарушения технологии синтеза дезоморфина попутно могли приводить к образованию иных метаболитов кодеина, агонистов различных подтипов опиоидных рецепторов ЦНС и периферических тканей и суммарно влиять на наркогенность и токсичность дезоморфина.

Наблюдали 27 мужчин в возрасте от 21 до 30 лет, употребляющих дезоморфин в течение 1–2 лет. Разовая доза дезоморфина, вводимого внутривенно 3–4 раза в сутки, соответствовала дозе кодеина, содержащейся в 10 таблетках кодеинсодержащего препарата. Зависимость формировалась в течение нескольких дней после систематического введения наркотика. Аддикция от дезоморфина характеризовалась скоротечностью и многообразием проявлений психических, нейровегетативных, неврологических и соматических расстройств, которые отличались от эффектов классических наркотиков фенантренового ряда.

Наркотическая аддикция характеризовалась кратковременностью, упрощением и огрублением эффективности качества позитивной эйфории и уменьшением глубины седации, психофизическим дискомфортом, быстротой формирования психической и физической зависимости, яркостью патологического обсессивно-компульсивного влечения к дезоморфину, приводящего к нарастанию частоты его введений до 6–8 раз в сутки. Темпы роста толерантности к дезоморфину достигали более чем десятикратного увеличения доз кодеина на его изготовление из кодеинсодержащих лекарств. Толерантность к дезоморфину обуславливалась частотой, способом введения наркотика и десенситизацией организма к опиоидам. Абстинентный синдром продолжительностью до 14 дней сопровождался стойкой психосоматической астенией, продолжительной диссомнией, депрессивной алекситимией, вялым дисфорическим аффектом, невыраженными алгическими эпизодами, компульсивными позывами к наркотизации. Синдром лишения находился в сложных коморбидных отношениях с сопутствующими наркомании заболеваниями, а также последствиями от поврежденных тканей агрессивными прекурсорами в составе раствора наркотика. Невыраженные предпсихотические симптомы у аддиктов обычно возникали в случаях добавления к дезоморфину препаратов с антигистаминовым или холинолитическим действием. Пациентам проводилась стандартная биологическая и транскраниальная электростимулирующая терапия. Терапевтические ремиссии отличались нестойкостью и кратковременностью.

## ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ. ИНТЕГРАЦИЯ НИЗКОПОРГОВЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ПИН КАК МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Царев С.А.

Чапаевский наркологический диспансер,  
Самарская область

**Методы.** На основе полученных данных о величине и структуре социальной стоимости в целом,

а также данных о величине медицинской составляющей социальной стоимости проведена оценка экономической эффективности действующей модели оказания наркологической помощи потребителям наркотиков в Самарской области.

Для этого, в соответствии с международными руководствами по оценке экономической эффективности медицинских технологий, использовался метод «затраты/эффективность».

При данном способе оценки вывод об эффективности той или иной медицинской технологии (в данном случае – модели оказания наркологической помощи) делается на основе соотношения полученного полезного результата к затратам, обеспечивающим его достижение. В качестве затрат при оценке эффективности модели оказания наркологической помощи в Самарской области были приняты совокупные затраты регионального бюджета на оказание всех видов наркологической помощи больным с диагнозом «наркомания» (амбулаторная и стационарная), а также на обучение специалистов наркологических диспансеров на циклах последипломного образования.

В качестве полезного результата (эффекта) определялся экономический эффект от реализации действующей модели оказания наркологической помощи, являющийся интегральной величиной, определяемой в основном по приросту валового регионального продукта, возникшего вследствие увеличения производительности труда (рост числа дней трудоспособности), снижения летальности у лиц, занятых в его (ВРП) производстве и прошедших курс лечения. Из общей суммы прироста ВРП вычиталась сумма выплат Фонда социального страхования по больничным листам, а также оплата работодателей замещения находившихся на лечении в наркологических диспансерах сотрудников.

Для оценки ряда показателей (средний рост числа дней трудоспособности в результате лечения) использовались проведенные ранее исследования по многофакторной оценке результатов лечения опиоидной зависимости (Зобин М.Л., 2009), данные о вовлеченности наркозависимых в процесс производства валового регионального продукта (Крупницкий Е.М., 2009), а также данные Самарского областного наркологического диспансера о числе пролеченных в стационарах наркологических диспансеров Самарской области больных с синдромом зависимости от наркотиков и доле вовлеченности пролеченных больных в производство ВРП.

**Результаты.** В Самарской области с 2007 по 2010 год средний коэффициент полезности модели составлял 0,91, то есть на каждый вложенный в функционирование системы оказания наркологической помощи рубль было получено 0,91 рубля.

В качестве механизмов, повышающих экономическую эффективность действующей модели, предлагаются низкопороговые программы для ПИН, реализуемые на базе наркологических диспансеров:

1. Программа профилактики смертей от передозировки опиатами;
2. Программа профилактики ВИЧ-инфекции;
3. Программа медико-социального сопровождения ПИН.

Экономическая эффективность двух изучаемых моделей (действующая и предлагаемая к внедрению) оказания наркологической помощи сравнивалась по соотношению вложенных и полученных денежных средств; таким образом, применялась методология *стоимостного анализа прибыли*. В случае с двумя изучаемыми моделями оказания наркологической помощи предполагаемый дополнительный положительный эффект (рост числа дней трудоспособности у работающих ПИН, предотвращение случаев смерти от острых отравлений) потребовал дополнительных затрат. В результате интеграции программ средняя эффективность инновационной модели составила 0,98; таким образом, в том случае если дополнительные преимущества более дорогостоящей модели оправдывают с экономической точки зрения дополнительные затраты, то более дорогая методика оценивается как более эффективная.

## ИЗУЧЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ И ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТНОШЕНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ КОМПЬЮТЕРНЫХ РЕСУРСОВ НА ПРИМЕРЕ МАЛОЙ ГРУППЫ СТУДЕНТОВ

Цветкова О.В., Фадеева Е.В.

Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
Москва

Актуальной проблемой современного общества является компьютерная зависимость, так как она наносит ущерб социальной и профессиональной активности. Особенно важно, что данной зависимости подвержена современная молодежь, так как именно ее представители являются активными пользователями Интернет.

Широкая доступность современной компьютерной техники и Интернет-технологий привели к возрастающей популярности виртуального пространства, и большое число людей оказалось склонно к навязчивому желанию войти в Интернет и болезненной неспособностью вовремя из него выйти, что позволило говорить о таком явлении, как интернет-зависимость. Кибер-аддикция характеризуется прежде всего тем, что интернет-зависимые лица предпочитают общение в сети личному общению, у них наблюдаются расстройства режима сна и отдыха, пренебрежение личной гигиеной, фиксация на аддиктивном агенте сопровождается эмоциональным подъемом. Кроме того, они склонны лгать работодателям и членам семьи о своей деятельности в Интернете, пренебрегают интересами близких, отстраняются от ролевого поведения в семье (В.А. Лоскутова, А.В. Гришина, М.И. Дрепа). Тема ком-

пьютерной и интернет-зависимости является новой, исследований данной проблемы проводилось недостаточно.

**Цель исследования.** Изучение степени интернет-зависимости обучающейся молодежи и гендерных различий в отношении использования компьютерных ресурсов.

**Материалы и методы.** Анонимное анкетирование 58 студентов одного из московских вузов проводилось при помощи методики Т.А. Никитиной и А.Ю. Егорова, адаптированной к условиям исследования.

**Результаты и обсуждение.** Был проведен количественный и качественный анализ результатов. В ходе количественной оценки ответов было установлено, что большая часть студентов (72,4%) находится вне зоны риска, умеренно использует Интернет-ресурсы. В группу риска развития интернет-зависимости попадает 20,7% испытуемых. Предварительно диагностировать кибер-аддикцию можно у 6,9%.

В ходе качественного анализа были выявлены определенные тенденции:

- в свободное время 86,2% испытуемых посещает Интернет, из которых 19% качают музыку, фильмы, причем и девушки, и юноши предпочитают посещение Интернет практически в равной степени; 8,6% играют в компьютерные игры;

- треть испытуемых: 35,5% юношей и 37,0% девушек ежедневно проводят время за компьютером, среди юношей 41,9% играют и посещают Интернет 3–4 раза в неделю, среди девушек таких 11,1%;

- юноши склонны проводить за компьютером больше времени, чем девушки, по 5–6 часов играют 19,4% юношей, более 6 часов – 3,3% юношей, однако среди опрошенных девушек 7,4% играет более 6 часов. Столь длительное пребывание в сети может напрямую указывать на склонность к интернет-зависимости;

- находясь в Интернете, 48% респондентов предпочитают социальные сети (facebook, «одноклассники», «в контакте»), skype – 22%, E-MAIL – 21%, квесты, гонки, стрелялки, симуляторы – 7%, Internet Relay Chat – сетевые игры (бродилки, аркады) – 2%;

- 37,9% респондентов отметили, что иногда находятся в Интернете или в игре больше запланированного времени, 29,3% ответили, что подобное с ними происходит часто, 20,7% ответили, что редко, 5,2% заметили, что очень часто проводят за компьютером дольше, чем планировали, всегда застревают в Интернете или за игрой дольше, чем планировали, – 1,7% опрошенных;

- большая часть респондентов (58,6%) ответили, что чувствуют расслабление, когда играют в компьютерные игры или находятся в Интернете, азарт испытывают 15,5%, радость – 8,6%, эйфорию – 5,2%, облегчение – 1,7%;

- большинство опрошенных, когда долго не играют или не находятся в Интернете, испытыва-

ют чувство дискомфорта (22,4%), чувство пустоты ощущают 17,2%, беспокойство – 15,5%, раздражительность – 1,7%;

- часто откладывают встречи с друзьями и личные дела, предпочитая находиться в Интернете, 20,7% опрошенных, 5,2% – редко, 3,4% – иногда, 3,4% – очень часто;

- 19% признались, что компьютерные игры, игры на автоматах, Интернет иногда являются причиной проблем с учебой и работой, 13,8% отметили, что их увлечение часто плохо сказывается на успеваемости, то, что подобное происходит изредка, признали 22,4% опрошенных.

Как показали результаты нашего исследования на малой студенческой группе, и юноши, и девушки в равной степени подвержены интернет-зависимости. Высока вероятность развития зависимости у тех респондентов, которые проводят в сети 5–6 часов и более, не способны контролировать продолжительность пребывания за компьютером, пренебрегают личными делами ради игры. Как известно, длительное нахождение за компьютером пагубно сказывается не только на психическом, но и на физическом здоровье. Практически треть респондентов ответили, что в последнее время отмечают боли в спине, 28,2% беспокоит плохой сон, 26,1% предъявляют жалобы на сухость и жжение глаз, на боль в кистях рук – 6,5%, онемение пальцев рук – 2,8%, страдают бессонницей 8,9%. Таким образом, интернет-зависимость является не только психологической, но и медицинской проблемой. В связи с высокой социальной значимостью, следует отметить необходимость проведения профилактики интернет-зависимости среди молодежи, включая ориентирование учащихся на другие виды досуга, помимо проведения свободного времени за компьютером.

## К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Черенков А.А., Обухов Н.Г.,  
Чуйко Р.Л.

Республиканский наркологический диспансер  
Минздрава Удмуртской Республики,  
г. Ижевск

Проблема наркотических аддикций не теряет своей актуальности в современных условиях. Для решения данных проблем существует сеть специализированных учреждений и отделений. Однако в моделях и схемах лечения наркологической патологии не учитывается зачастую состояние их преморбидного фона, который в ряде случаев имеет существенное влияние на течение основного заболевания. В связи с этим **Целью исследования** был анализ состояния органов дыхательной системы у данной категории больных.

Нами проведено обследование 337 пациентов, поступивших в отделение анестезиологии и реаниматологии Республиканского наркологического диспансера для проведения ультрабыстрой опиоидной детоксикации, в течение трех лет. Средний возраст пациентов составил  $32,14 \pm 7,91$  года. Мужчины составили 79,94% и женщины 20,06%. Ургентно, по линии «скорой помощи» и переводом из других лечебных отделений диспансера, было доставлено 36,71% больных, остальные (63,29%) больные поступили в плановом порядке. Всем больным при поступлении проведено рентгеновское исследование. В ходе анализа рентгенограмм у 58% выявлены по рентгенограмме признаки хронического бронхита, проявляющегося в виде перифиброза. По-видимому, это связано с курением табака и каннабиноидов, а также и с прямым повреждающим действием героина на сурфактантную систему. Кроме того, у 9,23% пациентов (в основном из числа доставленных ургентно) была зафиксирована пневмония, вероятнее всего аспирационного характера. Всем больным с пневмонией потребовалась респираторная поддержка в различных аппаратных режимах. Еще у 3,59% больных имел место туберкулез легких различных форм. Существенным фактором, влияющим на течение пневмонии, у наших больных является наличие ВИЧ-инфекции, которая фигурировала у 21,43% больных. Было зафиксировано 2 летальных исхода (0,59%). Оба летальных исхода имели место у больных с сочетанной ВИЧ-инфекцией.

Таким образом, оценка состояния бронхо-легочной системы у наркологических больных представляется актуальной и может повлиять на прогноз *ad vitam* у этой категории больных.

### ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

**Честнова В.И., Кочегуров В.В., Богачева А.Н.**

*Тверской областной клинический наркологический диспансер,  
Тверская ГМА МЗ России, г. Тверь*

**Цель исследования:** выявление особенностей внутрисемейных отношений у подростков-геймеров. Обследовано 73 учащихся средней школы № 27 г. Твери (14–18 лет, 28 мальчиков и 45 девочек).

**Методы исследования:** патопсихологический (анкета идентификации компьютерной игровой зависимости О.И. Скоровой, методика «Детско-родительские отношения подростков» О.А. Карбановой, П.В. Трояновской и «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера) и статистический ( $\phi$ -критерий Фишера).

Выявлено 28 подростков (38%), имеющих компьютерную зависимость, причем указанное расстройство чаще встречалось у лиц мужского пола: 15 мальчиков (53,6%) и 13 девочек (28,9%). Дальнейшее обследование проводилось в 2 группах: основной

(подростки, страдающие гемблингом) и контрольной (подростки без признаков аддиктивного поведения).

У детей с компьютерной зависимостью показатели, превышающие допустимые значения, по шкалам «Контроль», «Непоследовательность родителя» и «Неуверенность родителя» встречались чаще (46,0%; 60,7%; 54,0%) по сравнению с подростками без признаков аддиктивного поведения (5,0%; 7,0%; 11,6% соответственно,  $p < 0,01$ ). По шкале «Враждебность по отношению к супругу» значения выше пороговых отмечались чаще у родителей подростков-геймеров (60,7%), чем у родителей подростков из группы контроля (33,0%,  $p < 0,01$ ). Обнаружено, что значения выше референсных по шкалам «Конфликтность», «Принятие решений», «Сотрудничество», «Принятие» и «Эмпатия» чаще регистрировались в основной группе обследования (60,7%; 60,7%; 60,7%; 50,0%; 68,0% и 16,0%; 14,0%; 14,0%, 16,3%; 16,0% соответственно,  $p < 0,01$ ). С помощью опросника АСВ выявлено, что у подростков-геймеров чаще, чем у подростков группы контроля, встречались высокие значения по шкалам «Чрезмерность требований-обязанностей» (32,0%; 11,6%,  $p < 0,05$ ), «Чрезмерность санкций» (21,0%; 5,0%,  $p < 0,05$ ), «Неустойчивость стиля воспитания» (11,0%; 0%,  $p < 0,05$ ) и «Чрезмерность требований-запретов» (36,0%; 2,0%,  $p < 0,01$ ).

Таким образом, среди обследованных подростков компьютерная зависимость является достаточно распространенным расстройством. Внутрисемейные отношения у подростков-геймеров характеризуются противоречивостью с преобладанием неблагоприятных черт, таких как неуверенность родителей в правильности своего поведения, повышенный контроль, изменчивость воспитательных приемов, конфликтность между членами семьи, приверженность к применению строгих наказаний. Результаты исследования необходимо учитывать при разработке программ по профилактике и лечению гемблинга.

### АДДИКТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС В КОНТЕКСТЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

**Чистикова Е.И.**

*Харьковская медицинская академия последиplomного образования, г. Харьков, Украина*

В настоящее время работа пожарной службы в странах СНГ имеет свои сложности. Основные из них заключаются в ситуационной непредсказуемости и ее чреватости для психического здоровья работников сферы пожарной безопасности. Часто в постстрессовых условиях у данных контингентов формируется специфический спектр поведенческих паттернов, приближенных или уже являющихся в компетенции аддиктологии. Указанные вопросы нуждаются в междисциплинарном анализе и практическом клинико-психологическом исследовании.

Нами предложена цель – разработать систему скрининговой диагностики аддиктологического статуса для работников пожарной опасности на основании изучения их клинико-психопатологических, психодиагностических и социально-психологических особенностей.

Было обследовано 320 работников пожарной службы Украины, которые проходили профилактический осмотр на базе Научно-исследовательского института профилактической медицины (г. Харьков) за период 2009–2011 годов. Средний стаж по их профессии составил 5 лет.

Использованы методы: социально-демографический, нарративного интервью, анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, математической статистики.

В результате анализа полученных данных у контингентов отмечались выраженные астенические, аффективные, психосоматические, психопатологические проявления; искажение феноменов самооценки; нарушения когнитивно-поведенческих стратегий/реакций в ситуации риска; стойкие зависимости в виде злоупотребления спиртным, желание играть в азартные игры, употреблять седативно-снотворные средства, курение никотинсодержащих субстанций.

На основании полученных результатов нами создана схема специализированного клинического интервью, которая разделена на 4 основных блока: клинико-психопатологический (скрининг психопатологических симптомов с выделением максимально выраженного синдрома); клинико-психологический (определение признаков профессиональной дезадаптации и ее векторов); индивидуально-психологический (психодиагностика личностных качеств с акцентом на волевой потенциал и поведенческие стратегии в стрессовых условиях); аддиктологический (выявление расстройств, связанных с разными видами химической и нехимической зависимости).

В дальнейшей практике данная схема показала себя как достаточно эффективная и не требующая больших затрат времени для определения аддиктологического статуса. Полученные в работе результаты также могут учитываться для разработки программ психологической коррекции и психопрофилактики психической дезадаптации и проявлений различных аддикций

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ КАК ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ**

**Чупрова О.В.**

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары*

Исследование проводилось на клинической базе БУ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ Чувашской Республики. Выборку ис-

пытуемых составили лица с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя». Нозологическая диагностика алкогольной зависимости осуществлялась по международным критериям МКБ-10. Всего в исследовании участвовало 200 пациентов стационара реабилитационного отделения, из которых 131 мужчина (65,5%) и 69 женщин (34,5%), средний возраст испытуемых составил 33,5±6,2 года (18–49 лет).

**Цель исследования:** изучение воспринимаемой больными хроническим алкоголизмом социальной поддержки, оказываемой их близкими.

В исследовании был использован опросник социальной поддержки F-SOZU-22 в адаптации А.Б. Холмогоровой.

С помощью опросника социальной поддержки F-SOZU-22 в адаптации А.Б. Холмогоровой в группе с больных алкогольной зависимостью были получены следующие результаты: низкий уровень эмоциональной поддержки у 105 человек (52,5%), то есть ощущения поддержки, связанной с переживаниями позитивного чувства близости, доверия и общности, а также неудовлетворенность социальной поддержкой, переживание нестабильности в отношениях, приводящее к чувству неуверенности и неощущения безопасности, – у 83 человек (41,5%). У 53 человек (26,5%) отмечается низкий уровень инструментальной поддержки, то есть практическая или материальная поддержка (деньги или вещи), помощь в выполнении тяжелой работы, освобождение от нагрузок, получение важной информации. Также отмечается социальная интеграция, то есть невключенность в определенную сеть социальных интеракций, в рамках которых отмечается совпадение ценностей и представлений о жизни, – у 65 человек (32,5%).

Таким образом, отмечается большой интерес к изучению дезадаптации и реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя, а также теоретическая и практическая значимость имеющихся результатов научных исследований. Однако недостаточная изученность психологической дезадаптации, разработанность коррекционных мероприятий для больных с алкогольной зависимостью, основой которой является и социальная поддержка больных их близкими, важную роль в которой играет система наркологической реабилитации.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПОЖИЗНЕННОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

**Шаболтас А.В., Скочиллов Р.В.**

*Санкт-Петербургский государственный университет*

**Актуальность и цель исследования.** В России большинство ВИЧ-инфицированных лиц, нуж-



дающихся в антиретровирусной терапии (АРВТ), являются активными потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). Мировой опыт использования наркозаместительной терапии как стратегии формирования приверженности к АРВТ в настоящее время в нашей стране невозможен. Клинический опыт свидетельствует о том, что лишь 16% ПИН, начинающих лечение от наркозависимости, заканчивают первичный курс без срывов. Только 40% из числа ПИН, начинающих прием АРВТ, сохраняют приверженность в течение первых 6 месяцев. Целью данного исследования являлось изучение возможности улучшить показатели лечения ПИН с помощью программы интенсивного сопровождения (кейс-менеджмента).

**Методы.** В качестве участников исследования выступали ПИН, которые начинают прием АРВТ на базе Городского центра профилактики и борьбы со СПИДом. Одним из критериев включения в исследование была возможность ПИН привлечь помощника из лица родственников или близких, готового содействовать участнику в реализации планов лечения. Программа интенсивного сопровождения включала: краткосрочный курс (8–10 дней) опиатной детоксикации, регулярные (не реже двух раз в месяц) встречи с социальным работником и индивидуальные консультации с психологом, еженедельное посещение группы поддержки, ежемесячные контакты социального работника с помощником. При необходимости социальные работники совершали визиты по месту проживания участников. Длительность сопровождения составляла 8 месяцев.

**Результаты.** За период с ноября 2007 по декабрь 2008 года 60 ПИН были зарегистрированы в исследовании, из них 34 (56,7%) мужчин. 54 участника (90,0%) полностью завершили период сопровождения. В начале сопровождения 29/60 (48%) сохраняли трезвость, из них 22/29 (77,9%) поддерживали трезвость на момент окончания исследования; 31/60 (52%) на «входе» активно употребляли наркотики, из них 11/31 (35,5%) на момент окончания поддерживали трезвость. 40 участников из 60 (66,7%) совершили все клинические визиты в Центр СПИД, 13/60 (21,7%) пропустили один и более визитов, но сохранили приверженность к АРВТ, и 7/60 (11,7%) прервали АРВТ. У 39 человек из 53 (74%), сохранявших приверженность, уровень РНК ВИЧ (ВН) на момент финального визита был < 1000 к/мл.

**Заключение.** Пилотажное исследование в Санкт-Петербурге показало, что программа индивидуального сопровождения для потребителей инъекционных наркотиков может значительно улучшить показатели успешности лечения ВИЧ-инфекции и наркозависимости.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Шадманова Л.Ш., Ходжаева Н.И.

Ташкентская медицинская академия,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Своевременная и эффективная терапия, направленная на устранение психопатологических проявлений у больных алкогольной зависимостью, весьма актуальна на всех этапах течения заболевания. В первую очередь это относится к аффективным нарушениям. **Цель исследования** – сравнительный клинический анализ активности препаратов венлафаксина-ретард и amitриптилина у больных алкогольной зависимостью в период существования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) на начальном этапе формирования терапевтической ремиссии.

Были обследованы 54 больных мужчин, у которых диагностирована средняя (вторая) стадия алкогольной зависимости. Обследуемые больные были распределены на три группы. В двух группах на фоне дезинтоксикационной терапии назначали венлафаксин или amitриптилин. Венлафаксин-ретард назначали 10 больным в дозе 75 мг/сут в капсульной форме один раз утром. Amitриптилин в дозе 75 мг/сут получали 24 больных. Контрольную группу составили 20 больных, получавших стандартную дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию.

В группе больных, получавших венлафаксин-ретард, быстрее, чем в контроле (тенденция к достоверности различий) и в группе больных, получавших amitриптилин ( $p < 0,05$ ), редуцировались депрессивные расстройства. В постабстинентном периоде на начальном этапе формирования ремиссии состояние больных, получавших венлафаксин-ретард, оценивали по шкале общего клинического впечатления и по шкале Гамильтона. К 7-му дню терапии венлафаксином-ретард улучшение настроения было выявлено у всех больных, но в группе больных, получающих отмечено значительное улучшение состояния по шкале общего клинического впечатления.

Проведенное клиническое исследование позволило показать основные направления действия венлафаксина при лечении больных алкоголизмом: антидепрессивное, анксиолитическое, вегетостабилизирующее. Отмечено положительное действие на патологическое влечение к алкоголю. Наиболее выраженное действие препарат оказывает на тревожную и собственно депрессивную симптоматику. При использовании венлафаксина не было выявлено каких-либо побочных эффектов, осложнений. Это еще раз подтверждает высокую безопасность препарата.

# РЕГУЛЯЦИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ АНАЛОГАМИ НОЦИЦЕПТИНА У КРЫС

Шамакина И.Ю.<sup>1</sup>, Томилин В.А.<sup>1</sup>,  
Анохин П.К.<sup>2</sup>, Иванова Е.А.<sup>2</sup>, Сарычева Н.Ю.<sup>2</sup>,  
Дубынин В.А.<sup>2</sup>, Андреева Л.А.<sup>3</sup>, Мясоедов Н.Ф.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,

<sup>2</sup>МГУ им. Ломоносова,

<sup>3</sup>Институт молекулярной генетики РАН,  
Москва

Ноцицептин – эндогенный лиганд «орфанового» опиоидного рецептора (NOP), и его синтетические аналоги рассматриваются в последние годы как перспективные средства коррекции патологических состояний нервной системы (тревоги, депрессии, болезни зависимости, болевого синдрома различного генеза и др.). Действующим участком молекулы, активирующим NOP рецептор, является N-концевой тетрапептид ноцицептина Phe-Gly-Gly-Phe (FGGF). В настоящей работе мы исследовали влияние этого тетрапептида и его синтетического аналога Phe-Gly-Gly-Pro-Val-Gly-Pro (FGGF-VGP), синтезированного в Институте молекулярной генетики РАН, на потребление алкоголя крысами с длительной алкогольной интоксикацией и болевую чувствительность в условиях эмоционального стресса (иммобилизация в тесных домиках).

Самцы линии Wister поучали 10% раствор этанола в качестве единственного источника питья в течение 4 месяцев. Тестирование животных на предпочтение алкоголя (отношение объема потребляемого каждым животным этанола к общему объему потребляемой жидкости) проводилось в течение 7 дней в тесте «свободный выбор» при одновременном предоставлении воды и 5% раствора этанола. В последующие 7 дней животные опытных групп получали один раз в день внутрибрюшинные инъекции FGGF и FGGF-VGP в дозе 1 мг/кг и также находились в условиях «свободного выбора». На время исследования животные были помещены в индивидуальные клетки с регистрацией суточных ритмов активности («Activiscop»). Для определения порогов болевой чувствительности в работе были использованы тесты «горячая пластина» («hot-plate», UgoBasile, 54 °C) и «отдергивание хвоста» («tail-withdrawal», 54 °C).

Показано, что введение VGP-FGGF, но не FGGF снижало потребление этанола у крыс с изначально высоким уровнем предпочтения. Пептиды не влияли на суточные ритмы двигательной активности. На фоне введения как FGGF, так и FGGF-VGP стресс-вызванная анальгезия у животных была достоверно менее выражена, чем у крыс контрольной группы. При этом в отсутствие стресса оба пептида не изменяли пороги болевой чувствительности в тестах «hot-plate» и «tail-withdrawal» как при однократном введении в дозе 1 мг/кг, так и при хроническом введении (в течение 5 дней, один раз в сутки). Таким образом, FGGF-VGP проявлял эффект на

потребление алкоголя животными, ранее установленный для самого ноцицептина при его внутримозговом введении. Этот эффект и обнаруженное на фоне иммобилизации подавление стресс-вызванной анальгезии позволяют рассматривать FGGF-VGP как перспективный регулятор опиатзависимых процессов в мозге в норме и патологии.

## СИНЕРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РАБОТЕ С СОЗАВИСИМЫМИ РОДСТВЕННИКАМИ (ИССЛЕДОВАНИЕ ЕДИНИЧНОГО СЛУЧАЯ)

Шарыгина К.С.

РГПУ им. А.И. Герцена,

Санкт-Петербургская медицинская ассоциация  
«Центр Бехтерева», Санкт-Петербург

В наркологии достаточно давно разрабатывается проблема комплексной профилактики и лечения личности зависимого человека с биологической, психологической, социальной и духовной позиций. Эта синергетическая парадигма активно конкурирует с 12-шаговыми моделями реабилитации. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что и у созависимого родственника имеют место нарушения во всех четырех составляющих личности. Проиллюстрируем это следующим наблюдением.

**Павел М., 21 год.** Поступил в отделение начального этапа реабилитации после прохождения курса детоксикации 19 февраля 2012 года. Инициатором и куратором лечения была мать пациента. В отделении был расторможен, наблюдались колебания настроения от раздражительности до слезливости. Отмечались трудности понимания текста, запоминания информации, сложности с концентрацией и распределением внимания.

**Анамнез заболевания.** Стаж употребления ПАВ – с 10 лет. Первым видом ПАВ был алкоголь, с 12 лет стал употреблять каннабиноиды, с 14 лет – опиаты. Спонтанная, неполная ремиссия 2,5 года (из них вторые полтора года был в армии), во время которой эпизодически употреблял алкоголь. Наследственность отягощена (алкоголизм деда по материнской линии). Родился от первой беременности, протекавшей с токсикозом во 2-й половине, роды в срок, с обвитием пуповиной. Находился на учете у невропатолога до 9 месяцев. Основным мотивом прекращения употребления ПАВ считал семейные отношения, в частности улучшение отношений с матерью. При разговоре о матери голос начинал дрожать, мог заплакать.

По данным наблюдения за матерью в начале реабилитационного лечения можно сделать вывод о высоком уровне психоэмоционального напряжения при посещении Павла в стационаре (суетливость, переборка одежды, гиперемия лица). При разговоре легко начинала плакать. Мать признала наличие психологической зависимости у Павла, считала, что реабилитационное лечение будет эффективно, готова была настаивать на продолжении лечения в случае сопротивления сына. Также выяснилось, что

мать пациента осознала наличие собственных психологических проблем (**психологическая сфера**) и проблем со здоровьем в связи с болезнью ребенка. Отношение к лечению и взаимодействию с персоналом позитивное, высказала интерес к занятиям для родственников.

Из данных беседы с матерью пациента выяснилось, что она является первым ребенком, имеет брата. По образованию бухгалтер, работает по специальности. Замужем не была. О болезни Павла бабушка и дед не знали (скрывала эту информацию от них, опасаясь, что эта новость станет причиной ухудшения их здоровья). Мать Павла отмечает у себя нарушения здоровья (биологическая сфера): жалобы на здоровье функционального характера (прерывистый, беспокойный сон, снижение остроты зрения, периодически возникающее сильное сердцебиение, периодически тошнота и позывы на рвоту, головные боли).

Коммуникации между подсистемами нарушены: мать скрывает от своих родителей зависимость сына (наличие семейного секрета); мать отмечает, что, несмотря на то что сын в детстве проводил с ней много времени, близких, доверительных отношений у него не было ни с кем из членов семьи. Впервые за помощью Павел обратился к тете.

Внешние границы семейной системы достаточно жесткие: мать свободное время предпочитает проводить дома. Хобби – чтение, вязание, узкий круг интересов (духовная сфера). В браке не состояла, длительных отношений с мужчинами не было, при размытости границ между подсистемами матери и сына. В беседе мать часто употребляет местоимение «мы» вместо местоимения «он», говоря о сыне. Таким образом, психологические особенности матери оказывали влияние на семейную систему (социальная сфера).

Предположительно, в отсутствие мужчины в семье (супруга и отца) «идентифицированный пациент» был вынужден брать на себя часть функций супруга, связанных с эмоциональной сферой (много времени проводил с матерью, «всю жизнь жили вдвоем» в однокомнатной квартире, у матери не было длительных отношений с мужчинами), при отсутствии мужской модели поведения. Можно отметить недостаточность выполнения мужчинами собственных ролей в четырех поколениях: прадед оставил супругу с 4 детьми, дед выпивал, отец отсутствует, сын, будучи совершеннолетним, не работает и вынужден, в связи с наркоманией, находиться на иждивении у матери. Тогда как на протяжении 4 поколений женщины играют доминирующую роль, беря на себя мужские обязанности. Разговоры об отце Павла являются табуированными для матери (семейный секрет), пациент не знает ничего о своем отце.

Таким образом, анализируя дисфункциональную семью пациента, прослеживаем как минимум накопление отклонений, идущих от прапрадедильской семьи, которые оказали значительное влияние на формирование личности матери пациента.

У нее эти нарушения проявились во всех 4 сферах личности, однако не достигли уровня, при котором выявляется «носитель симптома». В четвертом поколении нарушения достигли такого уровня, что юноша принял на себя роль «идентифицированного пациента», также обнаруживая нарушения в каждой из 4 сфер. Успешность реабилитации будет зависеть от параллельного психотерапевтического лечения сына и матери разными психотерапевтами с четкой иерархией мишеней.

## ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЙ ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

Шелонина Т.В., Горбатов С.В.

*Санкт-Петербургский государственный университет,  
Санкт-Петербург*

Проблема женского алкоголизма становится в настоящее время все более актуальной, так как все большее число женщин начинают решать путем приобщения к алкоголю.

Данное обстоятельство не может не вызывать тревоги, поскольку, если женщина страдает алкогольной зависимостью, она не способна полноценно выполнять функции матери, жены, хозяйки дома, что ведет к разрыву семейных отношений. На наш взгляд, очень актуальным является изучение особенностей системы женщин, зависимых от алкоголя. Поскольку именно в сфере отношений впервые возникает почва для развития зависимости.

Предмет исследования – особенности системы отношений.

**Объект исследования** – две группы испытуемых. Группа женщин, зависимых от алкоголя, и контрольная группа условно здоровых женщин.

Гипотеза исследования – в системе отношений женщин, зависимых от алкоголя, наблюдается сильная деформация.

**Методы исследования:** методика исследования самоотношения Р. Пантелеева; методика исследования межличностных отношений Д. Собчик; психологическая диагностика индекса жизненного стиля Р. Плутчика и Г. Келлермана; методики «COPE» С. Carver.

Были получены следующие **результаты**.

Для женщин, зависимых от алкоголя, характерны наличие внутренних конфликтов, несогласие с собой, высокое чувство вины.

Поведение в межличностных отношениях женщин, зависимых от алкоголя, характеризуется цикличностью, переменчивостью от открыто агрессивных тенденций, вспыльчивости, обидчивости до стремления охотно выполнять чужие поручения, потребности в помощи и опеке.

Женщинам, зависимым от алкоголя, свойственно использование таких видов психологической защиты, как: регрессия, замещение, компенсация, что указывает на недостаточный уровень развития личности.

Женщины, зависимые от алкоголя, обладают неадаптивными копинг-стратегиями: концентрация на эмоциях и эмоциональный выход, отрицание, избегание на уровне поведения и сознания, и избегание (алкоголь, наркотики).

Женщины, не имеющие зависимости, характеризуются высокой самоуверенностью, положительной эмоциональной оценкой себя. Они используют проблемно-ориентированную стратегию совладания со стрессом.

Знания специфики системы отношений женщин, зависимых от алкоголя, будет способствовать не только проведению психотерапевтической работы с ними, но и поможет в организации профилактических мер по предотвращению распространения алкоголизма среди женщин.

## АЛКОГОЛЬНАЯ АТРИБУТИВНОСТЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Шельгин К.В.

*Северный государственный медицинский университет,  
г. Архангельск*

**Цель:** аналитическим методом выявить долю смертности от внешних причин в Архангельской области, ассоциированную с уровнем потребления алкоголя.

**Материалы и методы.** Использованы временные ряды стандартизованных коэффициентов смертности от внешних причин за период 1975–2010 годов с исключением смертности от отравлений алкоголем. Поскольку достоверность статистического учета продаж алкогольной продукции вызывает обоснованные сомнения, в качестве показателя, отражающего уровень алкоголизации населения, использовался уровень смертности населения от отравлений алкоголем в возрасте 15 лет и старше для всего населения, мужчин и женщин. Для выявления связи между уровнями потребления алкоголя и смертности от внешних причин использовался метод включения в регрессионную модель фактора времени. Это позволило зафиксировать трендовую составляющую временных рядов. Наличие автокорреляции в остатках контролировалось по значению коэффициента Дарбина–Уотсона. В случае выявления автокорреляции производилась оценка параметров регрессионного уравнения обобщенным методом наименьших квадратов. Вычисление показателя алкоголь-ассоциированной смертности осуществлялось произведением средней смертности от отравлений алкоголем за период 1975–2010 годов и коэффициентов полученных моделей. В результате установлено, что средняя смертность от внешних причин, связанная с потреблением алкоголя, за период 1975–2010 годов составила для всего населения 91,0 чел. на 100 000 населения, для мужской части населения 154,2 чел. на 100 000 населения и 31,8 чел. на 100 000 населения для женской части населения.

При этом смертность от внешних причин за этот период была равна для всего населения 206,7, для мужчин 355,1, для женщин 76,8 чел. на 100 000 населения. Следовательно, за период 1975–2010 годов доля смертности от внешних причин, связанная с потреблением алкоголя, составила 44,03% и 43,42%, 41,41% для всего населения, мужчин и женщин соответственно.

Таким образом, более трети всей смертности от внешних причин на общепопуляционном уровне, среди мужской и женской части населения Архангельской области, ассоциировано с потреблением алкоголя. Определение изменения доли алкоголь-ассоциированной смертности позволяет оценить эффективность мероприятий, направленных на профилактику смертности от причин, входящих в этот класс смертности.

## УРОВНИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ С ДЕСИНХРОНОЗОМ

Шемеровский К.А.

*НИИ экспериментальной медицины СЗО РАМН,  
Санкт-Петербург*

Циркадианный ритм характерен как для активности мозга, так и для внутренних систем организма. Вместе с тем зависимость качества психического здоровья человека от регулярности циркадианного ритма функционирования кишечника остается не совсем ясной.

**Целью данной работы** было комплексное сравнительное исследование отдельных элементов качества психического здоровья у лиц с регулярной и нерегулярной эвакуаторной функцией кишечника. С помощью теста «Нервно-психическая адаптация», разработанного в Психоневрологическом научно-исследовательском институте им. В.М. Бехтерева (Гурвич И.Н., 1992), а также методом хроноэнтерографии одновременно исследованы уровень нервно-психической адаптации и степень регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника. Обследовано 58 врачей обоих полов (49 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 24 до 70 лет. По уровню психического здоровья выделены 4 основные группы: I – практически здоровые, II – донозологическое состояние, III – состояние предпатологии, IV – состояние патологии. У лиц с регулярным циркадианным ритмом эвакуаторной функции кишечника выявлено только 2 первых уровня: I – практически здоровые (у 47%) и II – донозологическое состояние (у 53%). У лиц с нерегулярной эвакуаторной функцией кишечника диагностировано 4 уровня психического здоровья: I – практически здоровые – 22%, II – донозологическое состояние – 22%, III – предпатологическое состояние – 27%, IV – состояние патологии – 29%. У лиц с нерегулярным ритмом кишечника ухудшение показателей психического здоровья встречается в 2–6 раз чаще, чем у лиц с регулярной функцией кишечника. Такой показатель

психического здоровья, как «безразличие ко всему происходящему», был выявлен почти у каждого четвертого обследованного лица с нерегулярной функцией кишечника (у 24%), но не встречался ни у одного обследованного с регулярным кишечным ритмом. Совместное психиатрическое и гастроэнтерологическое консультирование показало, что у лиц с эндогенным десинхронизмом даже умеренное употребление алкоголя понижает качество жизни.

## АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КЛИНИКЕ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ С РАЗЛИЧНЫМ СТАЖЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шигакова Ф.А.

*Ташкентская Медицинская Академия,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

**Актуальность** изучения проблемы опийной наркомании (ОН) обусловлена продолжающимся ростом распространенности и тяжелыми медико-социальными последствиями этой патологии. Сложность и многогранность данной проблемы наркомании требует, чтобы ее разработка проводилась во многих направлениях, с анализом результатов исследований, накопленных при изучении состояния не только психической сферы, но и ЦНС в целом, включая высшие мозговые функции.

**Цель:** изучить состояние церебральной гемодинамики и высших мозговых функций у больных с ОН в зависимости от срока аддикции и возраста пациентов.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 32 больных с ОН, из них женщин 18 (56,3%), мужчин 14 (43,7%). В 1-ю группу (n=16) вошли пациенты в манифестной стадии заболевания от 4 месяцев до 5 лет. Во 2-ю группу (n = 16) – со стажем заболевания от 5 лет и выше. Все больным проведена компьютерная томография (КТ) головного мозга, реоэнцефалография (РЭГ), нейропсихологическое исследование проводилось по шкале MMSE, тестам Бурдона, тест запоминания 10 слов.

**Результаты.** При изучении КТ показателей головного мозга у больных были выявлены признаки в виде расширения субарахноидального пространства и боковых желудочков мозга, а также дополнительные очаги пониженной плотности в белом и сером веществе. Причем эти изменения при длительности заболевания до 5 лет имели менее выраженный характер, чем у больных с длительностью заболевания более 5 лет. При изучении мозговой гемодинамики обнаружено, что у больных с ОН, наряду с уменьшением реографического индекса (РИ) ( $0,125 \pm 0,002$ , норма  $0,10-0,15$ ), отмечалось увеличение дикротического индекса (ДКИ) ( $83,5 \pm 0,44$ , норма  $40-70\%$ ). Анализ показателей РЭГ в зависимости от длительности ОН показал, что у больных с длительностью заболевания до 5 лет реографические показатели были менее выражены

(РИ –  $0,129 \pm 0,002$ , ДКИ –  $65,5 \pm 0,64$ ), чем у больных с длительностью заболевания более 5 лет (РИ –  $0,122 \pm 0,003$ , ДКИ –  $89,6 \pm 0,59$ ). При исследовании когнитивной функции мнестико-интеллектуальная сфера в 1-й группе была в основном интактной (по шкале MMSE, не менее 27 баллов) – 78,2%. Наиболее вариабельными оказались данные проб на внимание, концентрацию и истощаемость. По тестам Бурдона коэффициент продуктивности внимания в 1-й группе составлял  $19,4 \pm 0,5\%$ , коэффициент утомляемости –  $0,5 \pm 0,08$ , показатель теста на заучивание серии слов –  $77 \pm 0,5\%$ . Нейропсихологические показатели у больных 2-й группы были существенно изменены. Когнитивные функции по шкале MMSE составили в среднем  $24,3 \pm 0,4$  балла, что соответствует преддементным и дементным состояниям. Тест на запоминание 10 слов составил лишь  $47,4 \pm 0,4\%$  и был снижен по сравнению с нормативными показателями на 52,6%. Коэффициент продуктивности внимания равнялся  $17,4 \pm 0,4\%$  и был меньше нормативных показателей на 39,2%, коэффициент утомляемости составил  $0,42 \pm 0,04$ .

**Выводы.** Выявленное при опийной наркомании нарушение церебральной гемодинамики в виде повышения сосудистого тонуса и снижения кровенаполнения мозговых сосудов способствует формированию нарушений в когнитивной сфере в виде снижения концентрации внимания, быстрой истощаемости ее, нарушения памяти, эмоциональных и поведенческих расстройств, что соответствует преддементным и дементным состояниям по шкале MMSE.

## ОБНАРУЖЕНИЕ ЭТАНОЛА В БИОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Шитов Л.Н., Воронов А.Н.,  
Ершов М.Б., Джурко Ю.А.

*Ярославская областная клиническая наркологическая больница,  
г. Ярославль*

В последние годы в связи с исключением из Кодекса об административных правонарушениях определения состояния опьянения, содержавшего пороговые значения концентраций этилового алкоголя (ЭА) в выдыхаемом воздухе и крови, возникает масса конфликтных ситуаций, связанных с неадекватной интерпретацией результатов обнаружения ЭА в биосредах и вынесением необоснованных заключений. Следует отметить, что нового определения состояния опьянения взамен существовавшего ранее принято не было; отсутствуют какие-либо нормативные документы, разъясняющие, как следует трактовать результаты определения концентрации ЭА в контексте нового законодательства. Тем не менее отсутствие пороговых значений рассматривается как возможность сделать заключение о со-

стоянии алкогольного опьянения при любых, даже самых незначительных концентрациях ЭА. Такой подход является некорректным по целому ряду причин. Состояние опьянения подразумевает нарушение ряда функциональных показателей: внимания, координации движений, поведения, речи. Наличие в законодательстве минимально допустимого уровня ЭА в биосредах определено Европейской конвенцией о дорожном движении и имеет конкретный и обоснованный смысл: это значение позволяет провести черту, где заканчивается трезвость и начинается опьянение, и не должно рассматриваться как разрешение употреблять спиртное за рулем. Нами выполнен анализ 700 актов медицинского освидетельствования. Установлено, что при концентрации ЭА в выдыхаемом воздухе 0,15–0,25 мг/л проявления опьянения были маловыраженными либо полностью отсутствовали. Следует особо подчеркнуть, что с аналитической точки зрения результаты измерения концентрации ЭА в области низких значений считаются недостоверными, поскольку сопоставимы с диапазоном погрешности большинства алкометров. Практический опыт специалистов ГБУЗ ЯО «ЯОКНБ» показывает, что такие результаты часто не согласуются с данными подтверждающего метода – газовой хроматографии. Кроме того, низкие концентрации могут соответствовать уровню эндогенного ЭА, который является индивидуальной особенностью каждого испытуемого, а также быть обусловленными приемом ряда пищевых продуктов. В соответствии с изложенным считаем необходимым внесение в законодательство обоснованных значений порогового уровня ЭА в биосредах организма.

### НЕМЕДИЦИНСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАЛБУФИНА – НОВАЯ ТЕНДЕНЦИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ

Шитов Л.Н., Пеньков И.П., Сухоручкин Н.В.,  
Джурко Ю.А., Ионова Е.Б.

*Ярославская областная клиническая наркологическая больница,  
г. Ярославль*

После введения ограничения на оборот буторфанола случаи немедицинского потребления данного препарата в Ярославле не регистрируются, однако с 2011 года выявляется препарат налбуфин (НБ) с частотой, соответствующей аналогичным показателям буторфанола в 2005–2010 годах.

**Цель:** комплексная характеристика НБ в контексте немедицинского потребления.

**Материалы и методы.** Обобщены результаты обследования 50 потребителей НБ. Оценивались традиционно определяемые клинические проявления опьянения, синдрома отмены, обобщались анамнестические данные. Химико-токсикологические исследования выполнялись методом хромато-масс-спектрометрии.

**Результаты.** Клиническая картина опьянения является неспецифической и не позволяет дифференцировать эффекты НБ от действия других психоактивных веществ. В ряде случаев имело место сочетанное опьянение, вызванное потреблением НБ совместно с алкоголем. У пациентов отмечено толерантное не критичное отношение к потреблению данного препарата. На фоне приема НБ пациенты отмечают чувство психологического комфорта, благодушие, расслабление. В структуре синдрома отмены отмечались жалобы аффективно-гипоэмоционального регистра: вялость, снижение настроения, апатия, ангедония, бессонница, компульсивное влечение к НБ; алгический синдром слабо выраженный, стертый, в виде легких болей в мышцах рук, ног. Характерна высокая (90%) частота выявления димедрола в биообъектах, содержащих НБ. Концентрации свободного НБ в моче находились в диапазоне от 11 до 2403 нг/мл, общего – от 82 до 8158 нг/мл. Свободная фракция составила в среднем 25,5%.

**Вывод.** Полученные данные указывают на необходимость совершенствования подходов к выявлению немедицинского потребления НБ; целесообразно широкое внедрение масс-спектральных методов определения НБ в моче, поскольку данный препарат не детектируется предварительными иммунохимическими методами и не выявляется при стандартном проведении медицинского освидетельствования и тестирования различных контингентов граждан на предмет употребления психоактивных веществ.

### ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА, ПОЛА И СЕЗОННОГО ФАКТОРА НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ И СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ

Шувалов С.А.<sup>1</sup>, Бузык О.Ж.<sup>2</sup>, Кибитов А.О.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Щёлковский наркологический диспансер Департамента  
здравоохранения Московской области, г. Щёлково

<sup>2</sup>Московский научно-практический центр наркологии  
Департамента здравоохранения Москвы

<sup>3</sup>Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ, Москва

**Цель исследования:** изучить влияние возраста, пола и сезонного фактора на частоту возникновения тяжелых осложнений ААС в виде острых алкогольных психозов (ОАП) и судорожных припадков (СП).

**Материалы и методы.** Изучались стационарные больные алкоголизмом: основная группа (176 человек, в том числе 22 женщины) с диагнозами «Синдром отмены алкоголя с делирием» (F10.40), «Синдром отмены алкоголя с abortивным делирием» (F10.45), «Синдром отмены алкоголя с судорожными припадками» (F10.31), «Преимущественно галлюцинаторное расстройство вследствие употребления алкоголя» (F10.52), «Синдром отмены алкоголя с делирием и судорожными припадками» (F10.41); контрольная группа – 136 мужчин с неосложненным ААС (F10.30). Изучались соци-

ально-демографические показатели, распределение диагнозов, среднего возраста, частот госпитализаций по месяцам и сезонам.

**Результаты.** Больные с ОАП и СП составили 16,73% от общего числа поступивших больных. Больные с F10.40 и F10.45 составили 69,9% от общего числа осложнений ААС. Распределение диагнозов в основной группе: F10.40 и F10.45 – 60,3% (мужчины) и 9,6% (женщины); F10.41 (1,90%): мужчин – 1,71% и женщин – 0,19%; F10.31 (1,81%): мужчин – 1,71% и женщин 0,1%; с F10.52 (1,33%): мужчин – 1,14%, а женщин – 0,19%. Мужчины основной группы (44,49±10,43 года), в том числе отдельно с F10.40 и F10.45 (45,69±10,27 года;  $p=0,03$ ), оказались достоверно старше мужчин контрольной группы (43,59±8,66 года;  $p=0,025$ ). Мужчины (35,25±8,63 года) и женщины (35±6 лет) с F10.52 оказались моложе остальных пациентов (тренд). Частота встречаемости F10.40 и F10.45 оказалась максимальной для всех больных, однако с этими диагнозами преобладали пациенты среднего и пожилого возрастов. С диагнозом F10.52 преобладали молодые больные (до 34 лет). Мужчины с F10.40 и F10.45 достоверно чаще госпитализировались весной (30,52%), а женщины с этим же диагнозом – летом (40,91%), чем осенью ( $p=0,05$  – для мужчин и  $p=0,01$  – для женщин). В июле женщины с F10.40 и F10.45 стационарировались достоверно чаще мужчин ( $p=0,006$ ).

Представленные результаты исследования свидетельствуют о влиянии пола, возраста и сезонности на частоту возникновения тяжелых осложнений ААС.

### АНАЛИЗ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ДЛЯ СУПЕРВИЗИИ, С ПОЗИЦИЙ ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ СУПЕРВИЗИОННОЙ МОДЕЛИ

Шустов Д.И.

*Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова МЗ СР РФ, г. Рязань*

Супервизия – один из основополагающих обучающих психотерапевтических элементов, подразумевает получение релевантной обратной связи по поводу особенностей и трудностей конкретного взаимодействия «терапевт–клиент».

Процессуальная супервизионная модель, разработанная Ховкинсом и Шохетом (2000, 2002), выделяет 7 областей, в которых концентрируются проблемные моменты терапевтического взаимодействия: область клиента – например, правилен ли диагноз (1); стратегии и интервенции (2); терапевтические отношения (3); процесс терапевта, например, контртрансфер (4); супервизионные отношения, например параллельный процесс (5); процесс супервизора (6); организационный контекст (7).

Были проанализированы случаи, связанные с зависимостью от алкоголя и психоактивных веществ, представленные для супервизии практику-

ющими психиатрами, психиатрами-наркологами, психотерапевтами и психологами за 4-летний период супервизорской практики. В основном процедура супервизии была заочной (терапевт представлял дискету с записью терапевтической сессии или устный запрос), и в нескольких случаях – «включенной» (когда супервизор присутствовал на терапевтической сессии, и сразу после ее окончания формировался супервизионный контракт и предоставлялась обратная связь). Оценивались проблемные области взаимодействия «терапевт–клиент–супервизор» в зависимости от специальности терапевта, продолжительности его самостоятельной практики (в том числе стационарной либо амбулаторной), в зависимости от клинического диагноза. Делаются выводы и обсуждаются предпочтительные элементы супервизорского вмешательства.

### ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ИССЛЕДОВАНИИ АДДИКЦИЙ

Элисон Абдуллахи

*Белорусский государственный медицинский университет,  
г. Минск, Республика Беларусь*

Конвенциональный исследовательский подход к изучению причин и последствий пристрастия к поискам химического и нехимического вознаграждающего стимула, применяемый для сравнения основной группой с группой контроля, представляется малопродуктивным ввиду слабых ассоциаций между изучаемыми процессами и явлениями с психосоциальными, семейными и социально-экономическими детерминантами. Более того, даже там, где имеет место значимая связь между изучаемыми процессами и явлениями, наличие такой связи не подтверждает достоверность причинно-следственных отношений.

**Цель работы:** объективно применить теории сигнальных систем И.П. Павлова, теории доминанты как фактор организации целенаправленного поведения А.А. Ухтомского и теории осмысливания и планированного поведения Martin Fishbein & Icek Ajzen, чтобы определить множество поведений, представляющихся функциональными векторами в пространстве определенным образом конвергирующих человека к поискам химического и нехимического вознаграждающего стимула.

**Материалы и методы.** В период с июня 2011 по сентябрь 2012 года опросили 130 респондентов из младшего медицинского персонала, больных психиатрического стационара и студентов вуза г. Минска в возрасте от 16 до 25 лет с помощью опросников поведенческого пилот-инструмента «ШОАП-ПЛЮС» для определения множества поведений респондентов. «ШОАП-ПЛЮС» пилотирует 10 опросников, адаптированных для применения в русскоязычном пространстве, в том числе наркологический инструмент «АССИСТ» (ВОЗ), пятифакторный опросник личности (Коста-Макрае), опросник функциональ-

ной психопатологии, SCL-90R и «ШПОО», «ЩМУ-ПАВ», «ШОК», «ШОСИ», «ШОСД», «ШИСК» «ШИФА» (Элисон А., 2011), определяющих психосоциальные, семейные и социально-экономические детерминанты. Функции доминант, модулирующих когнитивно-адаптационные поведения респондентов, также были изучены и оценены системой SNTAveclipse.

**Результаты и обсуждения.** Результаты проведенной работы подтверждают соответствие теорий советских ученых И.П. Павлова и А.А. Ухтомского современным толкованиям в исследовании поведения человека, а также отвечают требованию теорий осмысливания и планированного поведения (1975, 1985). Определенные аддиктивные поведения респондентов не связаны, но намерения к ним достоверно связаны с ухудшением функции доминант мозга, модулирующих когнитивно-адаптационные поведения. Подобные сведения представляются объективно интригующими, так как сами намерения к соответствующим определенным аддиктивным поведениям высоко коррелированы с определенными аддиктивными поведениями.

**Заключение.** Исследование аддикции поведенческими перспективами представляется объективным и обещающим для выяснения объективных причин и последствий пристрастия к поискам химического и нехимического вознаграждающего стимула.

## **ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ПРОГНОЗ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ У ПОДРОСТКОВ**

**Яковлев А.Н.<sup>1</sup>, Кибитов А.О.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Липецкий областной наркологический диспансер, г. Липецк  
<sup>2</sup>Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ, Москва

Прогноз употребления психоактивных веществ в зависимости от уровня генетического риска в настоящее время недостаточно изучен, несмотря на всю практическую значимость вопроса. В Липецком областном наркологическом диспансере определен уровень генетического риска у 66 несовершеннолетних с аддиктивным поведением в возрасте 12–17 лет, поле чего проведено катамнестическое наблюдение обследованных подростков сроком от 8 месяцев до 2 лет.

Основными задачами исследования стало выявление корреляции уровня генетического риска с: 1) вероятностью употребления наркотических, токсикоманических веществ; 2) вероятностью формирования химической зависимости; 3) вероятностью устойчивого воздержания от приема ПАВ. Уровни генетического риска определялись по результатам генотипирования ДНК методом ПЦР по 5 локусам генов дофаминовой нейромедиаторной системы (DRD2TaqI, DRD2 NcoI, HUMTH01-VNTR, DRD4V120, DRD4V48).

У 16 человек (24,2%) выявлен наряду с употреблением алкоголя прием наркотических и токсикоманических веществ, при этом 10 человек (15,1%) употребляли коноплю, 4 человека (6,1%) – летучие растворители, 2 (3,0%) – семена дурмана, остальные обследуемые принимали только алкоголь. За время наблюдения устойчивое воздержание (подтвержденная трезвость не менее 6 месяцев, с повышением социальной адаптации) наблюдалось у 19 человек (28,8%). Злоупотребление алкоголем и ПАВ продолжается у 7 человек (10,6%), при этом у 3 человек (4,55%) невозможно сделать вывод об употреблении конкретных ПАВ или о развитии синдрома зависимости, так как посещения врача подростки избегают. Еще 4 человека (6,05%) из лиц, которые продолжают злоупотреблять ПАВ, согласно критериям МКБ-10 за время наблюдения получили диагноз синдрома зависимости: 3 человека (4,5%) – «синдром зависимости от алкоголя», 1 человек (1,55%) – «синдром зависимости от летучих растворителей». Отсутствуют катамнестические сведения у 40 человек (60,6%). Корреляционный анализ показал, что вероятность проб наркотиков и токсикантов росла прямо пропорционально степени генетического риска, при этом связь оказалась настолько тесной ( $p \leq 0,01$ , коэффициент корреляции Спирмена  $r_s$ ), что целесообразность использования генетических маркеров для указания вероятных проблем не вызывает сомнений. Уровень генетического риска показал значимую корреляцию с установленными случаями развития синдрома зависимости ( $p \leq 0,05$ , коэффициент корреляции Спирмена  $r_s$ ). Однако корреляции уровня генетического риска и подтвержденного воздержания от ПАВ и алкоголя в исследуемой выборке не отмечено.

Отсутствие корреляции между генетическим риском и воздержанием от приема ПАВ препятствует рассмотрению генетически отягощенных лиц как фатально обреченных на тяжелое и прогрессивное течение наркологических расстройств. Логично предположить наличие комплекса условий, при которых негативный прогноз при повышении уровня генетического риска не реализуется, однако этот вопрос требует дальнейшего изучения.

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ**

**Якунина О.Н., Громов С.А., Липатова Л.В.**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург

Изучение особенностей личности больных эпилепсией, злоупотребляющих алкоголем, важно для понимания патогенеза и влияния алкогольной интоксикации, как отягощающего фактора, на течение эпилепсии. Обследовано 25 больных алко-



голь-индуцированной эпилепсией, разделенных на 2 группы: первую составили 17 пациентов, продолжающих употреблять алкоголь, вторую (контрольную) – 8 человек, придерживающихся режима трезвости. Психологическое исследование проводилось с использованием методик для оценки когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы: цифровая корректурная проба, методика «10 слов», тест визуальной ретенции, методика «Исключения лишнего предмета», методики «САН», «СДФ», «ГО-БОЛ», «ММРІ» и др. Все методики разработаны или адаптированы в лаборатории клинической психологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Психологическое тестирование выявило более низкие оценки когнитивных функций у пациентов первой группы в сравнении с контрольной. У систематически алкоголизирующихся больных были более выражены неустойчивость внимания (количество ошибок в корректурной пробе составило 20,1 и 12,9 соответственно), ослабление слухоречевой (в методике «10 слов» запоминают 34,4 и 35,9 слов) и зрительной (оценка теста VRT равна 6,1 и 7,2) кратковременной памяти, снижение уровня обобщенности мышления (процент конкретных ответов в методике «Исключение» составил 14,5 и 8,1). Эти пациенты эмоционально легко возбудимы, импульсивны, эйфоричны (оценки шкалы 9 ММРІ равнялись 73,7 Т и 60,6 Т), у них усилены личностные девиации, ослаблены адаптационные возможности, о чем свидетельствуют повышенные оценки по ряду шкал методики ММРІ. Больные первой группы более коммуникабельны (фактор П методики «СДФ» составил 5,2 и 2,4 соответственно), при этом у них ослаблено чувство дистанции и критики к своим проявлениям, снижено волевое усилие.

Таким образом, проведенное психологическое исследование показало, что у больных эпилепсией, злоупотребляющих алкоголем, более выражены нарушения когнитивных функций, эмоционального реагирования и поведения, чем у пациентов контрольной группы. Выявленные изменения учитывались при разработке медико-социальной терапии.

### ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА БЕРЕМЕННОСТИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ У ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК

Ялтонская А.В.<sup>1,2</sup>, Колпаков Я.В.<sup>1,2</sup>,  
Ялтонский В.М.<sup>1,2</sup>, Абросимов И.Н.<sup>1,2</sup>,  
Деревнина А.Ю.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,

<sup>2</sup>МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗСР РФ, Москва

Целью исследования была оценка факторов риска беременности с алкогольной экспозицией (БАЭ) как предиктора фетального алкогольного спектра нарушений (ФАСН) у девушек, проходящих обучение в вузах. Выборку составили 20 девушек,

обучающихся в вузах г. Москвы. Возраст испытуемых составил от 18 лет до 21 года (средний возраст 19,8±0,9 года). Использовались следующие психодиагностические методики: «Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя» (AUDIT), вариант Д.В. Петрова, «Шкала сексуальной компульсивности» (SCS), вариант Р.Р. Артура. Полученные данные обработаны статистически при помощи пакета программ SPSS 17.

**Результаты.** 1) По тесту на выявление расстройств, вызванных употреблением алкоголя (AUDIT), Т.Ф. Бабора и соавт. было выявлено распределение баллов от 3 до 23 баллов (среднее значение – 11,05±5,66 балла). По уровням риска расстройств, вызванных употреблением алкоголя, распределение было следующим. В зоне риска I (до 7 баллов включительно по AUDIT) – 7 испытуемых (35%), в зоне риска II (от 8 до 15 баллов включительно по AUDIT) – 7 испытуемых (35%), в зоне риска III (от 16 до 19 баллов включительно по AUDIT) – 5 испытуемых (25%), в зоне риска IV (от 20 до 40 баллов включительно по AUDIT) – 1 испытуемый (5%). Таким образом, у трети девушек от 18 лет до 21 года, обучающихся в вузах г. Москвы, употребление алкоголя является высокорискованным. 2) По «Шкале сексуальной компульсивности» (SCS) С. Калихмана и Д. Ромпы, отражающей склонность к рискованному сексуальному поведению, было выявлено распределение баллов от 1,00 до 2,40 балла (среднее значение – 1,70±0,42 балла). В обследованной группе у 15 испытуемых (75%) показатель сексуальной компульсивности был выше предлагаемого норматива. Таким образом, у большинства протестированных девушек сексуальное поведение также является рискованным. 3) Анализ результатов дал возможность выделить предполагаемые критерии умеренно-рискованного в отношении БАЭ/ФАСН и высоко-рискованного в отношении БАЭ/ФАСН поведения деления групп. К первой группе были отнесены испытуемые с одновременным сочетанием показателей выраженности рискованного употребления алкоголя из I–II зон (по AUDIT) и нормативными показателями рискованного сексуального поведения (по SCS): таковых было 14 (70%). Ко второй группе были отнесены испытуемые с одновременным сочетанием показателей выраженности рискованного употребления алкоголя из III–IV зон (по AUDIT) и превышением нормативных показателей рискованного сексуального поведения (по SCS): таковых было 6 (30%). Таким образом, у трети девушек от 18 лет до 21 года, проходящих обучение в вузах г. Москвы, поведение является высоко-рискованным в отношении БАЭ/ФАСН.

# РАСПРСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СПЕКТРА НАРУШЕНИЙ (ФАСН) В РОССИИ

Ялтонская А.В.<sup>1</sup>, Ялтонский В.М.<sup>1,2</sup>,  
Колпаков Я.В.<sup>1,2</sup>, Абросимов И.Н.<sup>1,2</sup>,  
Деревнина А.Ю.<sup>1,2</sup>, Рем Ю.<sup>3</sup>,  
Перваков К.<sup>3</sup>, Таннер В.<sup>3</sup>, Попова С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,

<sup>2</sup>МГМСУ им. А.И. Евдокимова» МЗСР РФ,

<sup>3</sup>Центр Наркологии и Психического Здоровья,  
Университет Торонто, Торонто, Онтарио, Канада

**Основные положения.** Уровень потребления алкоголя в России оценивается как высокий и рискованный для здоровья населения. По данным отчета Всемирной Организации Здравоохранения за 2011 год, 61,4% российских женщин потребляют алкоголь. В среднем уровень потребления алкоголя женщинами в России составляет 16,3 литра в год, что в 2 раза превышает показатели Франции, США и Канады. Однако на сегодняшний день очень мало известно о распространенности потребления алкоголя женщинами во время беременности и распространенности фетального алкогольного синдрома (ФАС) и ФАСН. В России также крайне недостаточно разработаны и внедрены в практику меры профилактики потребления алкоголя во время беременности.

**Цели исследования:** провести систематический обзор доступной научной литературы по ФАС и ФАСН.

**Материалы и методы.** Систематический обзор литературы, касающийся исследований в области ФАС/ФАСН, а также распространенности потребления алкоголя во время беременности в России, проводился одновременно в двух странах: России и Канаде. Для его проведения были использованы российские и зарубежные базы данных, с применением множественных комбинаций ключевых слов, как на русском, так и на английском языках. Кроме того, поиск проводился в крупнейших библиотеках России.

**Результаты.** Всего было найдено 97 публикаций: 85 на русском и 12 на английском языках. Из всех публикаций только 19 касались эпидемиологических аспектов: 6 исследований сообщали о распространенности потребления алкоголя женщинами во время беременности, 13 о распространенности ФАС и ФАСН среди воспитанников домов ребенка, детских домов, а также в общей популяции России.

По данным исследований, включенных в обзор, уровень потребления алкоголя женщинами во время беременности в России варьирует в пределах от 14% до 83%. Уровень злоупотребления алкоголем во время беременности составляет от 2,7% до 21% (более 3–4 стандартных доз за один прием). Напитками выбора во время беременности являются пиво и вино.

Одно исследование сообщает о распространенности ФАС в общей популяции России – 18–19 на 1000 живорожденных, что, например, почти в 20 раз превышает установленный уровень распространенности ФАС в общей популяции Канады. Уровень распространенности ФАС в домах ребенка и детских домах намного выше, чем в общей популяции, и составляет от 46 до 150 на 1000 живорожденных, по данным российских ученых, и от 79 до 330 детей на 1000 живорожденных, по данным зарубежных исследователей. Данные о распространенности ФАС в специализированных неврологических детских домах в России чрезвычайно высоки и составляют от 427 до 680 на 1000 живорожденных.

**Заключение.** Существующие на сегодняшний день данные о распространенности потребления алкоголя и ФАС/ФАСН в России являются тревожно высокими. В связи с этим назрела необходимость проведения методологически корректного эпидемиологического исследования в этой области. Кроме того, крайне остро стоит вопрос разработки и внедрения профилактических вмешательств, направленных на прекращение потребления алкоголя во время беременности, как женщинами общей популяции, так и женщинами из групп риска и зависимыми от алкоголя.

## ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ГЕРОИНА, ОСЛОЖНЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Ялтонский В.М.

Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗСР РФ, Москва

**Основные положения.** На группе 35 взрослых мужчин, зависимых от героина II стадии с коморбидной ВИЧ-инфекцией 2 и 3 стадии, проходящих стационарное лечение в НКБ № 17 ДЗ г. Москвы, исследована субъективная идентификация ВИЧ-инфекции и зависимости от героина, причин их возникновения, эмоциональное реагирование на эти заболевания и параметры их восприятия. Гипотеза: при наличии двух и более заболеваний у одного человека формируются две и более разных, дифференцированных внутренних картин этих болезней. Использован блок методик для исследования сравнительного исследования субъективной идентификации ВИЧ-инфекции и зависимости от героина болезнью, их причин, а также эмоционального реагирования на эти болезни.

**Результаты.** 1. Зависимость от героина субъективно идентифицируется больными с зависимостью от героина, осложненной ВИЧ-инфекцией, прежде всего на основании специфических признаков синдрома зависимости и общих неспецифических симптомов. ВИЧ-инфекция в этой группе больных субъективно идентифицируется по наличию специфических для нее симптомов

и неспецифических симптомов астенизации. 2. Представления больных с зависимостью от героина, осложненной ВИЧ-инфекцией, о причинах героиновой наркомании и ВИЧ-инфекции являются дифференцированными. В качестве ведущих причин героиновой наркомании рассматриваются собственное поведение, стресс и семейные проблемы; в качестве ведущих причин ВИЧ-инфекции – «употребление наркотиков», «вирус ВИЧ» и «собственное поведение». 3. В целом интенсивность эмоционального реагирования на героиновую наркоманию значительно выше, чем на ВИЧ-инфекцию. 4. По сравнению с ВИЧ-инфекцией, больные с зависимостью от героина, осложненной ВИЧ-инфекцией, статистически достоверно лучше идентифицируют наркоманию по ее симптомам, считают ее последствия более тяжелыми. Больными исследуемой группы ВИЧ-инфекция достаточно трудно идентифицируется. Они считают ее последствия умеренными.

### СРАВНЕНИЕ МОТИВАЦИИ К ПСИХОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ

Ялтонский В.М., Колпаков Я.В.

*Национальный научный центр наркологии МЗСР РФ,  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗСР РФ, Москва*

**Целью исследования** было сравнительное изучение особенностей мотивации к психотерапии и к реабилитации у мужчин и женщин, зависимых от опиоидов. Обследовано 35 больных в возрасте 18–35 лет, проходящих стационарное лечение в филиале ГКУЗ «Наркологическая клинической больницы № 17» Департамента здравоохранения г. Москвы, с синдромом зависимости от опиоидов, вторая (средняя) клиническая стадия, текущий эпизод воздержания в условиях ограничения (F10.212 по МКБ-10): 15 мужчин (средний возраст  $27,2 \pm 3,6$  года) и 20 женщин (средний возраст  $25,0 \pm 4,5$  года). В психодиагностический пакет вошли методики «Опросник мотивации на психотерапию» (FPTM, Fragebogen zur Psychotherapiemotivation) в адаптации Я.В. Колпакова и «Опросник мотивации на реабилитацию» (PAREMO-20, Patientefragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation), пилотная русскоязычная версия. Полученные данные прошли статистическую обработку при помощи пакета программ SPSS 17.

В результате продемонстрировано, что у мужчин, зависимых от опиоидов, по сравнению с женщинами, зависимыми от опиоидов, статистически достоверно более выражен такой позитивный фактор мотивации к психотерапии, как надежда на то, что она поможет. В структуре факторов мотивации на психотерапию у женщин, зависимых от опиоидов, по сравнению с мужчинами, зависимыми от опиоидов, статистически достоверно более выражен такой негативный фактор, как отрицание

ее необходимости. При этом женщины, зависимые от опиоидов, по сравнению с мужчинами, зависимыми от опиоидов, статистически достоверно более информированы о том, что психотерапия может быть полезной. Структура факторов мотивации к реабилитации у женщин, зависимых от опиоидов, схожа с таковой у мужчин, зависимых от опиоидов. Ведущим фактором мотивации на реабилитацию является «Преодоление физических ограничений».

### EARLY DETECTION AND TREATMENT OF ALCOHOL PROBLEMS IN HEALTH CARE SETTINGS

Alho Hannu

*University of Helsinki, Finland*

Alcohol is globally one of the leading health risk factors today (WHO). Health care has been considered crucial in fighting against health risk factors, e.g. obesity, high blood pressure, cholesterol, smoking and excessive alcohol use. High blood pressure and cholesterol preventions and treatments were relatively easily implemented. However, intervention to control alcohol consumption is clearly more effective than the one for smoking; 8-10 hazardous drinkers need to be given advice compared to 50 smokers to make the change. Of all the above risks alcohol is most stigmatising and so far there has been no medicines to tackle problem drinking.

Alcohol dependence is a chronic relapsing brain disease that is associated with poor rates of treatment success – up to 70% of alcohol-dependent individuals relapse within 1 year. The consumption of alcohol stimulates the production and release of endogenous opioid peptides, which mediate the rewarding and reinforcing effects of alcohol. Opioid antagonists (e.g., nalmefene, naloxone, naltrexone) block endogenous opioid activity, thereby, blocking alcohol-induced reinforcement. Clinical evidence to substantiate the use of opioid antagonists in the treatment of alcohol dependence comes from clinical studies of nalmefene and naltrexone. Clinical data show that the targeted use of nalmefene reduces heavy drinking in alcohol-dependent patients without prior detoxification.

Early detection and treatment of alcohol problem plays important role in preventing alcohol related harms. The obstacles of not doing this can be found in negative attitudes, lack of skills but also in the daily routines of primary health care work. Factors such as government support, management efforts, incentives and workplace programs are said to be needed to help in the implementation of early detection and treatment. To find the most feasible way to do this it is important that health care professionals themselves take the initial to tailor these skills for their own needs.

## TREATING SUBSTANCE USE DISORDERS IN CRIMINAL JUSTICE SETTINGS

**Altice Frederick**

*Yale University School of Medicine, USA*

Opioid dependence is a chronic relapsing disease and often results in many adverse medical, social and legal consequences, including imprisonment. Imprisonment, with or without behavioral counseling, does not reduce relapse to drug use after incarceration and often results in high risk injection practices during imprisonment. Moreover, after release, 85% of all prisoners who meet pre-incarceration criteria for opioid dependence relapse to opioid use, resulting in high rates of overdose and death, particularly in the first two weeks after release. In this session, we will overview all medication-assisted therapies for opioid dependence, including methadone, buprenorphine and extended-release naltrexone and examine available data for prisoners and their post-release outcomes.

## COLLABORATIVE RESEARCH TO IMPROVE SUBSTANCE ABUSE TREATMENTS AND HIV PREVENTION IN ASIA

**Chawarski Marek C.**

*Yale School of Medicine, New Haven, USA*

Until recently, in Asia the primary responsibility to provide prevention, rehabilitation, and intervention services for illicit drug use and associated problems has been given to specialized anti-narcotic branches of the government, public security, and the police. Despite these efforts, abuse of illicit substances and the rates of HIV infections continued to increase during the 1990s and 2000s. The failure of the primary public security measures to significantly curtail the spread of drug use and HIV prompted many governments in the region to reevaluate their overall approaches and policies toward tackling these important social problems which opened research and collaboration opportunities. Since the early 2000s, our research team has been conducting collaborative research and treatment implementations projects in Malaysia, China, and Indonesia to identify emerging problems and patterns of illicit substance use, abuse, or dependence and related medical and social problems, including transmission of HIV and other infectious diseases, and to develop, adapt, and implement effective medication assisted treatments for opioid dependence and poly drug problems. In this presentation, I will give an overview of current trends in drug use epidemiology in China, Malaysia, and Indonesia; summarize the results of several completed randomized clinical trials of behavioral and pharmacologic interventions; and discuss past and current challenges.

## IS WEIGHT REDUCTION BEHAVIOR RELATED TO PERSONALITY?

**Podar Iris, Hannus Aave**

*University of Tartu, Estonia,  
The Estonian Centre of Behavioural and Health Sciences,  
Tartu, Estonia*

**Aim of the study:** The purpose of this study was to assess the associations between weight reduction behaviors, weight cycling and personality traits.

**Subjects and methods:** A group of 203 volunteers: 192 women (mean age  $35,2 \pm 10,9$ ) and 11 men (mean age  $33,6 \pm 9,1$ ) was recruited. Data on intentional weight loss and regain during the last 5 years were collected by questionnaire; Big Five personality traits were assessed by National Character Survey (30 facets that comprehensively cover the five major dimensions of personality).

**Results:** The mean amount of using unhealthy weight control behavior was significantly lower in normal weight group (body mass index; BMI < 25.0) compared to overweight (BMI  $\geq 25.0$ ) or obese (BMI > 30.0) groups.

BMI was highly positively correlated with weight cycling index (WCI), WCI showed significant negative relationship with self-weighting frequency and positive relationship with self-reported illnesses. Self-weighting frequency was not related with current self-reported BMI.

Personality profiles between three BMI groups differed significantly in Anxiety, Depression, Impulsiveness, Feelings, Dutifulness, and Self-Discipline.

Persons with intentional weight reduction behavior indicated lower Self Consciousness and higher Warmth, Gregariousness, and Altruism. In addition, intentional weight reducers demonstrated higher mean rating in general Openness to Experience compared with non-reducers group.

Weight cyclers demonstrated significantly higher Gregariousness, Activity, Openness to Values than non-cyclers. The general Openness to Experience was also significantly different between the two groups: weight cycling group showed higher mean scores compared with non weight cycling group.

**Conclusions:** Weight cycling and weight reduction behaviours strongly related to health risks are associated with Big Five personality traits.

## METHCATHINONE (EPHEDRONE) ADDICTS WITH MANGANESE RELATED PARKINSONISM-DYSTONIA SYNDROME

**Taba Pille**

*Department of Neurology and Neurosurgery University of Tartu,  
Estonia*

Abuse of a 'designer' drug, containing an amphetamine analogue methcathinone MCAT (ephedrone), has become an increasing public health problem mainly in Eastern European and Baltic countries, the case series

have been reported in Russia, Ukraine, Latvia, Estonia, Ukraine, but single cases also from Italy, Turkey and Canada. The intravenously injectable illicit drug with street names *Cat*, *Mulka* and *Jeff*, is synthesised using over the counter cold remedies containing pseudoephedrine (Sudafed), in the presence of potassium permanganate and vinegar. It has been proposed that manganese is a main responsible factor, causing the parkinsonian syndrome associated with early falls, severe dysarthria, prominent limb dystonia, and postural instability, developing within few months of exposure. Serum and hair manganese levels are extremely high in active users, and symmetric hyperintensity of T2 weighted MRI in the globus pallidus and substantia nigra is frequently found. The condition is not reversible by conventional antiparkinsonian medications, and it may worsen even after the drug usage has stopped.

Development of the neurological syndrome characterised by parkinsonism and dystonias, has been largely attributed to the toxic effects of manganese. It is possible, however, that methcathinone may have pathogenic effects on nigral neurons compounding the risk; in animal models it affects the dopaminergic transporter in a manner resembling that of methamphetamine, and causes increased dopamine release. Administration of high doses of methcathinone has also been shown to lead to damage the dopaminergic terminals in rodents.

Methcathinone addiction is an alarming new cause of toxic parkinsonism, and it is a widespread recreational drug as relatively cheap and easy to prepare. Probably, the number of cases is much higher than reported by neurologists and psychiatrists. In the most extreme cases, only a few months of methcathinone abuse could lead to severe and progressing disability. The prognosis of course of the extrapyramidal syndrome in methcathinone users is poor as there is no curative therapy. The addicts seem to be unaware of the long-term side effects and deterioration. Though presently reported mainly in Eastern Europe, a global spread might occur, and the diagnosis needs to be considered within the social risk groups anywhere.

## NALTREXONE FOR TREATING AMPHETAMINE DEPENDENCE: CURRENT EVIDENCE

Woody George E.

*Department of Psychiatry Perelman School of Medicine  
at the University of Pennsylvania*

Naltrexone is a highly effective treatment for opioid dependence when used as directed. The newer, extended-release formulations (Prodetoxon; Vivitrol) have reduced the compliance problems that occurred with the oral formulation and have been very helpful for many opioid addicted patients. Other investigators have explored the use of naltrexone for preventing relapse to dependence on non-opioid substances. One of the first of these studies was that by Volpicelli et al, published in 1992, showing that naltrexone reduced relapse to alcohol dependence. This finding was replicated in later studies and led to FDA approval of naltrexone for preventing relapse to alcohol dependence. More recent studies, beginning with those led by Jayaram-Lindstrom in Sweden, have explored the use of naltrexone for preventing relapse to amphetamine dependence and found that it may be useful for treating this problem as well. This presentation will review the possible neurophysiological bases for naltrexone effects in preventing relapse to dependence on non-opioid substances, the findings from the Jayaram-Lindstrom study and one by Tihonen, Krupitsky et al showing these effects, and the design and progress of a current study of Vivitrol for preventing relapse to amphetamine dependence that is being done in Iceland.

## АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А			
Абакумова А.А.	11	Бохан Н.А.	93
Абрамов Б.Э.	6, 123	Бочаров В.В.	23
Абросимов И.Н.	152, 153	Бочкарева И.Ю.	68
Аведисова А.С.	6	Бочкарёва И.Ю.	24
Агибалова Т.В.	7	Бродянский В.М.	24
Ажгалиев Р.Т.	20	Бубнова Ю.С.	76
Айзберг О.Р.	7	Будников М.Ю.	71
Акименко М.А.	8	Бузык О.Ж.	149
Акимова М.А.	20	Букановская Т.И.	25
Александров П.К.	62	Буторин Г.Г.	25
Алексеева Ю.В.	17	Бухановская О.А.	26
Алина К.Ж.	98	Бухановский А.О.	26
Андреева В.О.	74, 133		
Андреева Л.А.	145		
Андрусенко А.А.	8, 9		
Андрух П.Г.	9		
Аничков А.Д.	10		
Аносова Е.В.	68, 107		
Анохина И.П.	10		
Анохин П.К.	145		
Антоненко А.А.	77, 78, 80		
Арзуманов Ю.Л.	11, 22		
Ахмадеев Р.Р.	91		
Ахметова В.В.	11, 12		
Ашкрумова В.И.	13		
Б			
Балашов А.Д.	43		
Балашова Т.Н.	13		
Баранок Н.В.	14		
Баронец В.Ю.	102		
Барыльник Ю.Б.	139		
Батухтина Е.И.	93		
Бахгин И.С.	14		
Башлыкова Т.Г.	15		
Бевзюк Д.А.	15		
Безъязыкова И.В.	20		
Белокрылов И.В.	16		
Бердышев И.С.	113		
Беребин М.А.	16		
Берестов А.	17		
Берно-Беллекур И.В.	55		
Бернцев В.А.	17		
Берченко О.Г.	18		
Беспалов А.Ю.	42, 90		
Бессмертный А.В.	9, 19		
Бецков А.С.	68		
Бикетова Л.А.	19		
Бисалиев Р.В.	20		
Блохина Е.А.	69		
Бобров А.Е.	34		
Богачева А.Н.	142		
Богданова С.С.	20		
Богданов С.И.	20		
Богинская Д.Д.	21		
Бодагова Е.А.	21, 35		
Боннер Б.Л.	13		
Борболдоев Б.А.	22		
Борисова Е.В.	22		
В			
Ваисов С.Б.	27		
Васечкин В.Б.	11		
Васильев В.Н.	24		
Векшина Н.Л.	28, 130		
Веретинская А.Г.	28		
Веселовская Е.В.	31		
Ветлугина Т.П.	93		
Ветрова М.Н.	63		
Винникова М.А.	28		
Вовченко Е.И.	77		
Воеводин И.В.	29		
Вознюк О.П.	29		
Волик М.В.	97		
Волков А.В.	30		
Волкова Е.В.	61		
Воробьева Т.В.	31, 62		
Воробьева Т.М.	31		
Воробьева Т.М.	30		
Воронина Т.М.	104		
Воронов А.Н.	30, 148		
Воскобоева Е.В.	24		
Выглазова О.В.	32		
Г			
Габрильянц М.А.	32		
Габрильянц О.А.	33		
Гапонов К.Д.	82		
Гарганеев С.В.	33		
Гафарова Н.В.	34		
Гафаров В.В.	48		
Гацоева Н.Б.	25		
Гегель Н.В.	34		
Гейко В.В.	18, 35		
Гейко М.С.	35		
Говорин Н.В.	12, 21, 35		
Голоенко И.М.	64		
Горбатов С.В.	146		
Горбачева Н.С.	36		
Городнова М.Ю.	36		
Грачёв В.	17		
Гречаный С.В.	37		
Гришина А.Н.	37		
Громов С.А.	74, 75, 151		
Громыко Д.И.	55		
Губин И.А.	131		
Д			
Давыдов Б.В.	56		
Даренский И.Д.	39		
Дворяк С.В.	39		
Декало Е.Э.	40		
Демидова О.В.	41		
Деревнина А.Ю.	152, 153		
Дереча В.А.	41		
Дереча Г.И.	41		
Детков Д.В.	112		
Джунусова К.И.	42		
Джурко Ю.А.	148, 149		
Дзапарова Л.К.	25		
Добровольская А.Е.	96, 128, 129		
Довбыш О.В.	79		
Драволина О.А.	42, 90		
Дронова Т.Г.	43		
Дронов О.Е.	43		
Дубинина Л.А.	46, 114		
Дубынин В.А.	145		
Дукорский В.В.	43		
Дьяченко А.В.	125		
Е			
Егоров А.Ю.	44, 72, 137		
Елистратова Т.В.	126		
Еловиков С.Н.	8, 9		
Ениколопов С.Н.	45		
Еричев А.Н.	45		
Ериш С.М.	46		
Ерофеева Н.А.	23, 55		
Ершов Б.Б.	52		
Ершов М.Б.	30, 148		
Ерышев О.Ф.	46, 74, 75		
Естегнеев А.С.	50		
Ж			
Желобанов А.В.	17		
Жукова Н.Э.	47, 83		
З			
Забирова И.Г.	47		
Завязкина Н.В.	48		
Загоруйко Е.Н.	48		
Заика В.Г.	74, 133		
Захаров Д.В.	49		
Звартау Э.Э.	42, 69, 90		
Зенцова Н.И.	17, 22, 50		
Зиатдинов Г.М.	50		
Зиганшин Ф.Г.	51		
Зиновьев С.В.	128, 129		
Злова Т.П.	11, 12		
Зобин М.Л.	51		
Зубова Е.Ю.	91		
Зяблицев Д.В.	52		

И	
Иванов А.Н.	93
Иванова Е.А.	145
Иванова К.В.	29
Иванов М.В.	52
Иванцов О.В.	53
Игумнов С.А.	54
Ильющкина Е.В.	55
Илюк Р.Д.	55
Ионова Е.Б.	149
Ионова Л.Л.	104
Искандирова А.С.	78, 80, 81
Исурина Г.Л.	13
К	
Кадырова Т.М.	22
Каенмяки М.	90
Каклюгин Н.В.	17
Калинина А.Г.	47, 109
Калинина Е.А.	60
Калин Н.И.	56
Калмыков Ю.А.	51
Каримова Р.	56
Карпец В.В.	41
Карпова Н.В.	57
Катков А.Л.	58
Катрасева Л.П.	58
Кашкин В.А.	59
Кершенгольц Б.М.	59
Кершенгольц Е.Б.	59
Кибитов А.О.	24, 60, 149, 151
Кирилловых В.Г.	60
Кириллов Ю.А.	104
Киселев А.С.	17, 55, 114
Кислов А.И.	61
Козловский В.Л.	61
Кокорина Н.П.	136
Колик Л.Г.	62
Колпаков Я.В.	31, 62, 63, 133, 152, 153, 154
Коненков С.Ю.	63, 135
Копытов А.В.	64, 71, 92, 95, 96, 122
Копытов Д.А.	64, 71, 92, 122
Короткевич Т.В.	65
Корчагина Г.А.	65
Коршняк Е.В.	66
Котов А.В.	67
Котов С.В.	66
Коцдобинский А.П.	45
Кочегуров В.В.	142
Кралько А.А.	67
Кривенков А.Н.	68
Кривулина О.Е.	68
Кривулин Е.Н.	24, 68
Крижановский А.С.	76
Крупницкий Е.М.	17, 46, 69, 114
Крылова Н.В.	122
Крысова С.В.	60
Крюкова О.Н.	60
Кузнецов А.Г.	70

Кузнецов В.В.	122
Кулагина К.О.	137
Кулаков С.А.	70, 71
Куликовский В.Л.	71
Курбат М.Н.	72
Курпатов В.И.	40
Кучер Е.О.	72, 73, 137

Л	
Лапекина Т.С.	33
Левичева Н.А.	18
Лев Л.М.	74, 133
Лейкин И.Б.	42
Липатова Л.В.	74, 75, 151
Листвина В.П.	47
Логвиненко И.И.	48
Лозовая Т.В.	75
Лозовой В.В.	75
Лопатин А.А.	136
Лукин В.А.	63
Лутова Н.Б.	76
Люмина О.В.	24
Ляшковская С.В.	91

М	
Мавани Д.Ч.	125
Мазо Г.Э.	76
Макаров В.В.	77
Мальгин В.Л.	77, 78, 79, 80, 81, 104
Маркова М.В.	82
Мартусевич А.К.	47, 83
Масловский С.Ю.	84
Магасова Л.В.	103, 112
Мельничук А.Н.	60
Менделевич В.Д.	84
Меркурьева Ю.А.	78, 80, 81
Мещеряков А.Ф.	85
Мещерякова А.А.	22
Миназов Р.Д.	85
Мингазов А.Х.	68
Минков Е.Г.	86
Мирошниченко Е.Л.	86
Мирошниченко Л.Д.	86
Михайлов В.А.	49
Михеев А.С.	119
Можаров Н.С.	87
Мозговая Т.П.	88
Морозова В.С.	36
Москвитин П.Н.	88
Мохначев С.О.	41, 89
Мрыхин В.В.	89
Мусабекова Ж.К.	34, 90
Мусалимова Р.С.	91
Мус Л.В.	90
Мягкова М.А.	36
Мяннисто П.Т.	90
Мясоедов Н.Ф.	145

Н	
Надорова А.В.	62

Назимова С.В.	132
Назыров Р.К.	91
Наконечная Е.А.	64, 92, 122
Наумова А.А.	56
Наумова Т.А.	102
Невидимова Т.И.	93
Незнанов Н.Г.	93
Немкова Т.И.	94
Немцов А.В.	94, 101
Николаева В.В.	28, 130
Николаев В.М.	95, 106
Николенко О.В.	95, 96
Николкина Ю.А.	96
Новикова И.А.	97
Новоселова О.А.	97
Новохацки А.В.	15, 16
Нургазина А.З.	98

О	
Обидин И.Ю.	99
Обросов И.Ф.	8, 9
Обухов Н.Г.	141
Одеришева Е.Б.	99
Оразмурадов А.А.	100, 101, 111
Орлов А.В.	94, 101

П	
Павлова Ю.М.	116
Павлов Р.А.	102
Пайкова Л.Н.	30
Панченко Л.Ф.	56, 102, 103, 105, 112
Парин С.Б.	103
Пауков В.С.	104
Пахтусова Е.Е.	104
Пашковский В.Э.	129
Пеньков И.П.	149
Перваков К.	153
Перегуд Д.И.	105
Перехов А.Я.	89, 105, 106
Петрова Е.В.	95, 106
Петрова Н.Н.	73
Петров О.А.	95, 106
Пирожков С.В.	102
Писарук В.И.	107
Пичиков А.А.	109
Плотников А.Г.	30
Плотникова И.В.	10
Погосов А.В.	107
Подгайская И.Г.	108
Полевая С.А.	103
Польская Н.А.	108
Поляков Ю.И.	10, 63, 135
Пометов Ю.Д.	109
Помников В.Г.	29, 42
Поплавская О.В.	87
Попова С.	153
Попова Т.Н.	103, 112
Попов Ю.В.	109
Постнов В.В.	41
Прищепа С.И.	60

Просвирина И.В.	93
Проскурякова Т.В.	110
Простяков А.И.	110

Р

Радзинский В.Е.	100, 101, 111
Развальяева А.Ю.	108
Рахманова Т.И.	103, 112
Рем Ю.	153
Ретюнский К.Ю.	112
Рожнова Т.М.	113
Романченко В.В.	109
Рохлина М.Л.	89
Рубина Л.П.	113
Русанов В.А.	114
Рыбакова К.В.	46, 114
Рыбакова Л.Н.	86, 115
Рычкова О.В.	7

С

Сабитов И.А.	116, 117
Садвакасова Г.А.	118, 119
Салмина-Хвостова О.И.	52
Салминен О.	90
Самойлик Л.В.	47
Сансанова Л.Б.	119
Сарычева Н.Ю.	145
Сахаров А.В.	35
Свешникова М.А.	117
Селедцов А.М.	136
Сиволап Ю.П.	120
Синицкая Т.В.	120
Сирота Н.А.	121
Ситько Л.З.	92, 122
Скалин Ю.Е.	122
Сквира И.М.	6, 123
Сквира М.И.	123
Скворцов Н.Л.	123
Скочиллов Р.В.	143
Слепова И.А.	124
Смагина Д.Б.	109
Смирнова Е.А.	78, 81
Снедков Е.В.	124
Солдатенко В.А.	104
Солдаткин В.А.	106, 125
Соловьев А.Г.	97, 126, 138
Соловьева Н.В.	127
Соловьева С.Л.	128
Софронов А.Г.	96, 128, 129
Спирин А.Л.	10
Спицин А.П.	47
Станишевская А.В.	110, 130
Станько Э.П.	54
Стрижев В.А.	130
Султанов Ш.Х.	131
Суркова Л.А.	47
Сухорукова А.А.	132
Сухоручкин Н.В.	149
Сыртыпов Б.Т.	31
Сырцев А.В.	14

Т

Таланцева О.И.	38
Талка Р.	90
Таннер В.	153
Тараканова Е.А.	87
Теребилина Н.Н.	102
Тиганов А.С.	132
Ткаченко И.Ю.	133
Ткаченко Н.В.	74, 133
Томилин В.А.	145
Точиллов В.А.	10, 135
Третьякова Т.В.	33
Трусова А.В.	134
Туоминен Р.К.	90
Тучин П.В.	135
Тышкевич Т.Г.	135
Тявокина Е.Ю.	129

У

Уварова-Тё Т.Н.	136
Урсу А.В.	136
Усманова Н.Н.	89

Ф

Фадеева Е.В.	37, 65, 140
Федоряка Д.А.	91
Филатова Е.В.	72, 137
Филиппова Ю.В.	137
Филиппов В.Л.	137
Филюшин В.В.	14
Фролова О.П.	97
Фролова Ю.И.	80
Фурсова И.В.	49

Х

Халезова Н.Б.	93
Харькова О.А.	138
Хлебников А.Н.	139
Ходжаева Н.И.	131, 144
Хомерики Н.С.	78, 81

Ц

Царев С.А.	139
Цветкова Л.А.	13
Цветкова О.В.	140

Ч

Чебуракова Т.А.	130
Чепрасова Д.Ю.	123
Черенков А.А.	141
Черникова Н.А.	72
Чернова М.А.	103
Честнова В.И.	142
Чефранова Ж.Ю.	43
Чинакаева К.А.	60
Чистикова Е.И.	142
Чуйко Р.Л.	141
Чупрова Н.А.	24
Чупрова О.В.	143

Ш

Шаболтас А.В.	143
Шадманова Л.Ш.	144
Шалагинова О.В.	8, 9
Шамакина И.Ю.	145
Шарыгина К.С.	145
Шекунова Е.В.	59
Шелонина Т.В.	146
Шельгин К.В.	147
Шемеровский К.А.	147
Шешко П.Л.	100, 101, 111
Шигакова Ф.А.	148
Шипилин М.Ю.	52
Шитов Л.Н.	30, 148, 149
Шишкова А.М.	23
Шляхова А.В.	31
Шманева Т.М.	76
Шохонова В.А.	110
Шувалов С.А.	149
Шустов Д.И.	150

Щ

Щетинин С.Г.	139
--------------	-----

Э

Элисон Абдуллахи	150
------------------	-----

Ю

Юркина Н.В.	24
-------------	----

Я

Яковенко В.В.	113
Яковлев А.А.	105
Яковлев А.Н.	151
Якунина О.Н.	151
Ялтонская А.В.	152, 153
Ялтонский В.М.	62, 63, 133, 152, 153, 154
Янушко М.Г.	52
Ястребов Д.В.	6
Яхин К.К.	51

А

Alho Hannu	154
Altice Frederick	155

С

Chawarski Marek C.	155
--------------------	-----

Н

Hannus Aave	155
-------------	-----

Р

Podar Iris	155
------------	-----

Т

Taba Pille	155
------------	-----

W

Woody George E.	156
-----------------	-----



СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3	НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЭФФЕКТОВ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ГЕРОИНОМ Арзуманов Ю.Л., Васечкин В.Б., Абакумова А.А.....	11
БЕЛАРУСЬ. ИНФОРМАЦИЯ К РАЗМЫШЛЕНИЮ Абрамов Б.Э., Сквиря И.М.....	6	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПИЩЕВЫХ АДДИКЦИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Ахметова В.В., Злова Т.П.....	11
НЕНАРКОЛОГИЧЕСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ: ПОЛЬЗА И РИСК Аведисова А.С., Ястребов Д.В.....	6	ПРОБЛЕМА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ДЕТЕЙ-СИРОТ Ахметова В.В., Злова Т.П., Говорин Н.В.....	12
КОМПЛЕКСНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Агибалова Т.В., Рычкова О.В.....	7	ИССЛЕДОВАНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ Ашкрумова В.И.....	13
ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОТРЕБИТЕЛЯМ ОПИОИДОВ В БЕЛАРУСИ Айзберг О.Р.....	7	ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ (НА ПРИМЕРЕ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ФАС) Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Цветкова Л.А., Боннер Б.Л.....	13
АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ (ИСТОРИЯ ВОПРОСА И ИССЛЕДОВАНИЯ В ИНСТИТУТЕ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА) Акименко М.А.....	8	КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ С НИЗКИМ РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ, ВКЛЮЧАЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ: ОПЫТ МУРМАНСКОГО ОБЛАСТНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА Баранок Н.В.....	14
ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПРЕПАРАТОМ «ТРОПИКАМИД»: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ Андрусенко А.А., Обросов И.Ф., Шалагинова О.В., Еловиков С.Н.....	8	ПОКАЗАТЕЛИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ КУРСАНТОВ ВУНЦ ВМФ «ВОЕННО-МОРСКАЯ АКАДЕМИЯ» Бахтин И.С., Филюшин В.В., Сырцев А.В.....	14
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «ТРОПИКАМИД» Андрусенко А.А., Обросов И.Ф., Шалагинова О.В., Еловиков С.Н.....	9	ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Башлыкова Т.Г., Новохацки А.В.....	15
СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕНОМЕНОВ СОЗАВИСИМОСТИ И ЭМОЦИОГЕНЕЗА Андрух П.Г., Бессмертный А.В.....	9	НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗООСОЦИАЛЬНЫХ ФОБИЙ В АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У КРЫС В УСЛОВИЯХ ДЕПРИВАЦИИ ИХ МОТИВАЦИИ К КАННАБИНОИДАМ Бевзюк Д.А.....	15
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ТУРЕТТА. НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ Аничков А.Д., Точилев В.А., Плотникова И.В., Спирин А.Л., Поляков Ю.И.,.....	10	ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: РАБОТА С ВНУТРЕННИМ КОНФЛИКТОМ Белокрылов И.В.....	16
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ НЕЙРОХИМИЧЕСКИХ СИСТЕМ МОЗГА У ДВУХ ПОКОЛЕНИЙ ПОТОМСТВА ОТ САМЦОВ КРЫС С ДЛИТЕЛЬНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ Анохина И.П.....	10		

ПРОБЛЕМА ВЫДЕЛЕНИЯ КРИТЕРИЕВ ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ Беребин М.А., Новохацки А.В.....	16	ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ И АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ СРЕДИ ВРАЧЕЙ Бодагова Е.А., Говорин Н.В.....	21
ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ПРАВОСЛАВНОГО БОС-ТРЕНИНГА Берестов А., Грачёв В., Желобанов А.В., Каклюгин Н.В., Зенцова Н.И.....	17	АЛКОГОЛЬНАЯ АДДИКЦИЯ В КОНТЕКСТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ Борболдоев Б.А., Кадырова Т.М.....	22
ДВОЙНОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ С ДВОЙНОЙ МАСКИРОВКОЙ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСУЛЬФИРАМА И ЦИАНАМИДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Бернцев В.А., Крупицкий Е.М., Киселев А.С., Алексеева Ю.В.....	17	ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕОСОЗНАННОГО ОТНОШЕНИЯ К ОТКАЗУ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Борисова Е.В., Арзуманов Ю.Л., Зенцова Н.И., Мещерякова А.А.....	22
НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ АНОДНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ МОЗГА (ТКАМП) У КРЫС С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ЛЕТУЧИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ (ЛОС) Берченко О.Г., Гейко В.В., Левичева Н.А.....	18	ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕН ПАЦИЕНТОВ С ХИМИЧЕСКОЙ И НЕХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ НА МОДЕЛИ АЛКОГОЛЬНОЙ И ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ Бочаров В.В., Ерофеева Н.А.....	23
АВТОБИОГРАФИЧЕСКАЯ ПАМЯТЬ КАК РЕСУРС ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИНЦИПОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Бессмертный А.В.....	19	ЛИЧНОСТНАЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ МАТЕРЕЙ И ЖЕН ПАЦИЕНТОВ С ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ Бочаров В.В., Шишкова А.М.....	23
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ) СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Бикетова Л.А.....	19	УРОВЕНЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА И ПОКАЗАТЕЛИ РИСКА СУИЦИДА У НАРКОЗАВИСИМЫХ Бочкарёва И.Ю., Кривулин Е.Н., Люмина О.В., Юркина Н.В., Васильев В.Н.....	24
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ Бисалиев Р.В., Ажгалиев Р.Т.....	20	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ КОНТРОЛЯ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ СИСТЕМ И БОЛЕЗНИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ: РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АССОЦИАТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Бродянский В.М., Воскобоева Е.В., Чупрова Н.А., Кибитов А.О.....	24
ФОКУС-ГРУППА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД РЕШЕНИЯ ПРИКЛАДНЫХ ВОПРОСОВ ОРГАНИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НАРКОМАНИЕЙ Богданов С.И., Безъязыкова И.В., Богданова С.С., Акимова М.А.....	20	СМЫСЛООБРАЗУЮЩИЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТИ И ОТНОШЕНИЕ К ПОТРЕБИТЕЛЯМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ Букановская Т.И., Дзапарова Л.К., Гацоева Н.Б.....	25
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИАНЕПТИНА Богинская Д.Д.....	21	ОСОБЕННОСТИ СТИГМАТИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ Буторин Г.Г.....	25
		СОЧЕТАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ И ЭНДОГЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ: DUAL DISORDER (ДВОЙНАЯ БОЛЕЗНЬ) ИЛИ КОМОРБИДНОСТЬ Бухановская О.А.....	26
		АДДИКЦИЯ ИЛИ ЗАВИСИМОСТЬ: РОСТОВСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ К КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Бухановский А.О.....	26

РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ Ваисов С.Б.....	27	МОНИТОРИНГ НАРКОСИТУАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2011 ГОДУ Габрильянц М.А.....	32
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДОФАМИНОВОЙ СИСТЕМЫ МОЗГА У ПОТОМКОВ ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ ОТВЕРГАЮЩИХ И ПРЕДПОЧИТАЮЩИХ АЛКОГОЛЬ ХРОНИЧЕСКИ АЛКОГОЛИЗИРОВАННЫХ КРЫС-САМЦОВ Веретинская А.Г., Векшина Н.Л., Николаева В.В.....	28	СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ И СТУДЕНТОВ КАК ЭТАП РАННЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НАРКОЛОГИИ Габрильянц О.А., Третьякова Т.В.....	33
ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ (СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ) ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Винникова М.А.....	28	АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ ПОВЕДЕНИЕМ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ Гарганеев С.В., Лапекина Т.С.....	33
ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ УСТАНОВКИ В ТЕРАПИИ АДДИКТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ Воеводин И.В.....	29	ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК СМЕРТИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПАВ (КРОМЕ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА), СНЯТЫХ С НАРКОЛОГИЧЕСКОГО УЧЕТА В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ, К ОЖИДАЕМОМУ ЧИСЛУ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 2011 ГОД Гафарова Н.В., Мусабекова Ж.К.....	34
ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ Вознюк О.П., Помников В.Г., Иванова К.В.....	29	АДДИКТИВНЫЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ ПРИЕМА ПИЩИ ПРИ АЛИМЕНТАРНО- КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ Гегель Н.В., Бобров А.Е.....	34
ОБНАРУЖЕНИЕ ЭТАНОЛА ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ Волков А.В., Шитов Л.Н., Воронов А.Н., Ершов М.Б.....	30	КОНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ АГРЕССИВНОСТЬ В КОНТЕКСТЕ СКЛОННОСТИ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ Гейко В.В., Гейко М.С.....	35
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ Воробьева Т.М., Пайкова Л.Н., Плотников А.Г.....	30	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛКОГОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ВРАЧЕЙ Говорин Н.В., Бодагова Е.А., Сахаров А.В.....	35
ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ КАННАБИНОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У КРЫС Воробьева Т.М., Шляхова А.В., Веселовская Е.В.....	31	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИХА-ТЕСТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В ЖИДКОСТИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И МОЧЕ ЧЕЛОВЕКА Горбачева Н.С., Морозова В.С., Мягкова М.А.....	36
ПЕРЕЖИВАНИЕ ЧУВСТВА ОДИНОЧЕСТВА, ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ ЭМОЦИЙ И СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЖЕНЩИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ Воробьева Т.В., Колпаков Я.В., Сыртыпов Б.Т.....	31	РАБОТА С СЕМЬЕЙ КАК КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕБНОЙ СРЕДЫ В РАБОТЕ С НАРКОЗАВИСИМЫМИ Городнова М.Ю.....	36
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА АДДИКТИВНОГО СТАТУСА В ПЕРСПЕКТИВЕ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Выглазова О.В.....	32	ИЗУЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ И ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ У ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ РЕЙТИНГОВЫХ ШКАЛ Гречаный С.В.....	37
		ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ КОНОПЛИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ Гришина А.Н., Фадеева Е.В.....	37

СИНДРОМ БУЛИМИИ У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ – КАК АДДИКТИВНЫЙ ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПАТТЕРН Гусева О.В., Таланцева О.И.....	38	АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, АГРЕССИЯ И АУТОАГРЕССИЯ Ениколопов С.Н.....	45
КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Даренский И.Д.....	39	ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ НИКОТИНА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Еричев А.Н., Коцюбинский А.П.....	45
НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УКРАИНЕ Дворяк С.В.....	39	ПРОСТОЕ СЛЕПОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАЗАДОНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕМИССИИ Ериш С.М., Рыбакова К.В., Крупицкий Е.М.....	46
ГОТОВНОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ В СРАВНЕНИИ С ГРУППОЙ БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Декало Е.Э., Курпатов В.И.....	40	ВЛИЯНИЕ АФОБАЗОЛА НА ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ Ерышев О.Ф., Дубинина Л.А.....	46
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЗАВИСИМОСТЯМИ Декало Е.Э., Курпатов В.И.....	40	ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНЫМ АБСТИНЕНТНЫМ СИНДРОМОМ Жукова Н.Э., Мартусевич А.К., Спицин А.П.....	47
СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ДЕЗМОРФИНА Демидова О.В., Мохначев С.О.....	4	ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС НА РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ В ОТВЕТ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СЛАБОАЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ Забирова И.Г., Суркова Л.А., Листвина В.П., Самойлик Л.В., Калинина А.Г.....	47
ЗАВИСИМОЕ СОСТОЯНИЕ ЛИЧНОСТИ КАК ОСНОВНАЯ МИШЕНЬ В ПРЕВЕНЦИИ, ДИАГНОСТИКЕ, ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ АДДИКТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ Дереча В.А., Карпец В.В., Дереча Г.И., Постнов В.В.....	41	АЛКОГОЛИЗАЦИЯ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Завязкина Н.В.....	48
ЭКЗОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ И ЕЕ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПСЕВДОИНСУЛЬТНЫХ СОСТОЯНИЙ Джунусова К.И., Помников В.Г., Лейкин И.Б.....	42	АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, АССОЦИИРОВАННОЕ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ Загоруйко Е.Н., Гафаров В.В., Логвиненко И.И.....	48
СПОНТАННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕАКТИВНОСТИ НА СТИМУЛЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ДЕЙСТВИЕМ АДДИКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Драволина О.А., Беспалов А.Ю., Звартау Э.Э.....	42	ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЗДНИХ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ДИСКИНЕЗИЙ Захаров Д.В., Михайлов В.А., Фурсова И.В.....	49
ФОТОАУТОГЕМОТЕРАПИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ Дронов О.Е., Дронова Т.Г., Чефранова Ж.Ю.....	43	МОНИТОРИНГ И УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССОМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА БАЗЕ РАЗРАБОТКИ ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННО- УПРАВЛЯЮЩЕЙ СИСТЕМЫ Зенцова Н.И., Естегнеев А.С.....	50
РИСК ПРОЯВЛЕНИЯ НАСИЛИЯ У МУЖЧИН С ШИЗОФРЕНИЕЙ И СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ В СОСТОЯНИИ РЕМИССИИ Дукорский В.В., Балашов А.Д.....	43		
ТЕРАПИЯ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ Егоров А.Ю.....	44		

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ ПРИ ТЕРАПИИ ЛЮБОВНОЙ АДДИКЦИИ Зиатдинов Г.М. ....	50	ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПИВНОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВО- МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ Карпова Н.В. ....	57
ХИМИЧЕСКИЕ И НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ В СУИЦИДОЛОГИЧЕСКУЮ СЛУЖБУ Зиганшин Ф.Г., Яхин К.К., Гурьянова Т.В., Калмыков Ю.А. ....	51	ДЕСТРУКТИВНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ: ОПЫТ СИСТЕМНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Катков А.Л. ....	58
ПРОБЛЕМНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ КАК ЗОНА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА Зобин М.Л. ....	51	ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОБЫТИЙ ПРОШЛОГО У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ Катрасева Л.П. ....	58
АЛКОГОЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ Зяблицев Д.В., Салмина-Хвостова О.И. ....	52	ВЛИЯНИЕ МАРИНОБУФАГЕНИНА НА ВНУТРИВЕННОЕ САМОВВЕДЕНИЕ НИКОТИНА У МЫШЕЙ Кашкин В.А., Шекунова Е.В. ....	59
ШИЗОФРЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ): ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ Иванов М.В., Шипилин М.Ю., Янушко М.Г., Ершов Б.Б. ....	52	БИОФИЗИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ Кершенгольц Е.Б., Кершенгольц Б.М. ....	59
ДИСТАНЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК ФОРМА ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТАРШЕКЛАСНИКОВ Иванцов О.В. ....	53	ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ РАЗВИТИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Кибитов А.О. ....	60
К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ СПОСОБА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ Игумнов С.А., Станько Э.П. ....	54	ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ Кирилловых В.Г., Прищепа С.И., Мельничук А.Н., Крюкова О.Н., Чинакаева К.А., Калинина Е.А., Крысова С.В. ....	60
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АГРЕССИИ И ГНЕВА И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ И ВИЧ-НЕГАТИВНЫМ СТАТУСОМ Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Ильюшкина Е.В., Берно-Беллекур И.В., Ерофеева Н.А., Киселев А.С. ....	55	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ Кислов А.И., Волкова Е.В. ....	61
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ВИДОВ ЗАВИСИМОСТЕЙ СРЕДИ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ Калин Н.И., Наумова А.А. ....	56	ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ИМИПРАМИНУ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ТИАНЕПТИНОМ Козловский В.Л. ....	61
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ФАГОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПЕРИОД ОТМЕНЫ НАРКОТИКА Каримова Р., Панченко Л.Ф., Давыдов Б.В. ....	56	АНТИАДДИКТИВНЫЕ СВОЙСТВА НЕБЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫХ АНКСИОЛИТИКОВ Колик Л.Г., Надорова А.В. ....	62
		ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ Колпаков Я.В., Воробьева Т.В., Александров П.К., Ялтонский В.М. ....	62

СТИЛИ ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ И МОТИВАЦИЯ К ПСИХОТЕРАПИИ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ Колпаков Я.В., Ялтонский В.М.....	63	ДОКАЗАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ НАЛТРЕКСОНА ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Блохина Е.А.....	69
СУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СОСТОЯНИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО СНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА Коненков С.Ю., Поляков Ю.И., Ветрова М.Н., Лукин В.А.....	63	ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С НИЗКОЙ МОТИВАЦИЕЙ НА ЛЕЧЕНИЕ Кузнецов А.Г.....	70
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ МУЖСКОГО ПОЛА БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Копытов А.В., Голоенко И.М., Наконечная Е.А., Копытов Д.А.....	64	ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ Кулаков С.А.....	70
УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Короткевич Т.В.....	65	КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ФОРМИРОВАНИИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У НАРКОЗАВИСИМЫХ Кулаков С.А., Будников М.Ю.....	71
ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТИРОВАНИЯ УЧАЩИХСЯ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ Корчагина Г.А., Фадеева Е.В.....	65	ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ У АЛКОГОЛЬЗАВИСИМЫХ ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Куликовский В.Л., Копытов А.В., Копытов Д.А.....	71
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ (НЕПСИХОТИЧЕСКИХ) ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИИ Коршняк Е.В.....	66	ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АМИНОКИСЛОТ И ИХ ПРОИЗВОДНЫХ В СИММЕТРИЧНЫХ СТРУКТУРАХ ЦНС ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВВЕДЕНИИ ЭТАНОЛА Курбат М.Н.....	72
ЦЕЛИ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ МЕТОДОМ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА Котов С.В.....	66	РАННЯЯ СОЦИАЛЬНАЯ ИЗОЛЯЦИЯ УСИЛИВАЕТ ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У КРЫС Кучер Е.О., Егоров А.Ю., Черникова Н.А., Филатова Е.В.....	72
ЭНДОГЕННЫЙ МОТИВАЦИОННЫЙ КОНФЛИКТ КАК ФАКТОР ИНИЦИАЦИИ НЕХИМИЧЕСКИХ ФОРМ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖИВОТНЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Котов А.В.....	67	К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ ШИЗОФРЕНИИ И АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИИ Кучер Е.О., Петрова Н.Н.....	73
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Кралько А.А.....	67	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ С АМЕНОРЕЕЙ Лев Л.М., Заика В.Г., Андреева В.О., Ткаченко Н.В.....	74
ТАКТИКА ТЕРАПИИ ПРИ ПИВНОМ АЛКОГОЛИЗМЕ У ПОДРОСТКОВ Кривенков А.Н., Аносова Е.В.....	68	ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ Липатова Л.В., Громов С.А., Ерышев О.Ф.....	74
МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х., Бочкарева И.Ю., Бецков А.С., Кривулина О.Е.....	68	КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ Липатова Л.В., Громов С.А., Ерышев О.Ф.....	75
		ОЦЕНКА ЭФФЕКТОВ ОБУЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ПРОГРАММЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ, БАЗИРУЮЩЕЙСЯ НА ШКОЛЕ Лозовой В.В., Лозовая Т.В.....	75

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЙЕНСА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Лутова Н.Б.....	76	ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ Малыгин В.Л., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С.....	81
НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Мазо Г.Э., Шманева Т.М., Бубнова Ю.С., Крижановский А.С.....	76	КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АДДИКТИВНОЙ ПРИРОДЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Маркова М.В.....	82
АДДИКЦИИ И ЗАВИСИМОСТЬ: ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ Макаров В.В.....	77	СПОСОБНОСТЬ К ВОСПРИЯТИЮ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В АСПЕКТЕ ИХ ПСИХОТЕРАПИИ Маркова М.В., Гапонов К.Д. ....	83
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ Малыгин В.Л., Антоненко А.А., Вовченко Е.И.....	77	АНАЛИЗ КРИСТАЛОГЕННЫХ СВОЙСТВ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ В ДИНАМИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ АБСТИНЕНЦИИ Мартусевич А.К., Жукова Н.Э.....	83
ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА Малыгин В.Л., Искандирова А.С., Антоненко А.А., Хомерики Н.С., Смирнова Е.А., Меркурьева Ю.А.....	78	НАЗНАЧЕНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКОВ ПРИ ОСТРОМ ОПИЙНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ: ТРАДИЦИИ И ПРОБЛЕМЫ Масловский С.Ю.....	84
ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ Малыгин В.Л., Хомерики Н.С., Смирнова Е.А.....	78	ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ «ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКАМ» КАК НАУЧНЫЙ КАЗУС Менделевич В.Д.....	84
ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР В ПОКЕР ОН-ЛАЙН Малыгин В.Л., Довбыш О.В.....	79	НЕЙРОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ: РОЛЬ ЦИТОКИНОВ Мещеряков А.Ф.....	85
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ Малыгин В.Л., Искандирова А.С., Меркурьева Ю.А.....	80	ПСИХОТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ АДДИКЦИЯМИ, В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Миназов Р.Д.....	85
ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДПОЧИТАЕМОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ИНТЕРНЕТ-СРЕДЕ (МАССОВЫЕ МНОГОПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКИЕ РОЛЕВЫЕ ОН-ЛАЙН ИГРЫ ИЛИ СЕРВИСЫ ОН-ЛАЙН ОБЩЕНИЯ) Малыгин В.Л., Антоненко А.А., Фролова Ю.И.....	80	МОТИВАЦИЯ АЛКОГОЛИЗМА: КЛИНИКО-НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ Минков Е.Г.....	86
ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ Малыгин В.Л., Искандирова А.С., Меркурьева Ю.А.....	81	ПОДХОД К РЕГИОНАЛЬНОМУ АНАЛИЗУ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ Мирошниченко Л.Д., Рыбакова Л.Н., Мирошниченко Е.Л.....	86
		ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ ВНЕ СЕМЬИ Можаров Н.С., Тараканова Е.А., Поплавская О.В.....	87
		ХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ В МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ Мозговая Т.П.....	88

О МЕТОДЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ Москвитин П.Н.....	88	МИКРОСОЦИАЛЬНОЕ ОКРУЖЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ КАК ПАТОПЛАСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР Николаев В.М., Петрова Е.В., Петров О.А.....	95
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ТРОПИКАМИДОМ Мохначев С.О., Рохлина М.Л., Усманова Н.Н.....	89	ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВА ПРИНИМАЕМЫХ РЕШЕНИЙ НА РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Николенко О.В., Копытов А.В.....	95
ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ – ВОЗВРАТ К ЕДИНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ Мрыхин В.В., Перехов А.Я.....	89	ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СКЛОННОСТИ К РИСКУ НА РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Николенко О.В., Копытов А.В.....	96
ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Мусабекова Ж.К.....	90	СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕРАБОТАЮЩЕГО КОНТИНГЕНТА ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Николкина Ю.А., Софронов А.Г., Добровольская А.Е.....	96
ПОДКРЕПЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ КОКАИНА У МЫШЕЙ С ДЕФИЦИТОМ КАТЕХОЛ-О-МЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ Мус Л.В., Драволина О.А., Беспалов А.Ю., Каенмяки М., Талка Р., Салминен О., Туоминен Р.К., Мяннисто П.Т., Звартау Э.Э.....	90	ПРОБЛЕМА АЛКОГОЛИЗАЦИИ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Новикова И.А., Соловьев А.Г.....	97
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕСТОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЙ Мусалимова Р.С., Ахмадеев Р.Р.....	91	ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА С НЕМЕДИЦИНСКИМИ ЦЕЛЯМИ Новоселова О.А., Фролова О.П., Волик М.В.....	97
О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ Назыров Р.К., Зубова Е.Ю., Ляшковская С.В., Федоряка Д.А.....	91	АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СТРУКТУРЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Нургазина А.З., Алина К.Ж.....	98
СЕМЕЙНЫЕ СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ И АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ МУЖСКОГО ПОЛА Наконечная Е.А., Копытов А.В., Ситько Л.З., Копытов Д.А.....	92	ИДЕНТИФИКАЦИЯ УНИВЕРСАЛЬНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА-УСТОЙЧИВОСТИ Нургазина А.З., Алина К.Ж.....	98
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ И ИММУННОЙ СИСТЕМ ПРИ АДДИКЦИИ Невидимова Т.И., Бохан Н.А., Батухтина Е.И., Ветлугина Т.П.....	93	АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ЗАМЕНА РЕАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ Обидин И.Ю., Одерышева Е.Б.....	99
ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., Иванов А.Н., Просвирина И.В.....	93	ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЯ КАК СКРЫТАЯ ФОРМА ДРУГИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ Одерышева Е.Б., Обидин И.Ю.....	99
ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ГАЛЛЮЦИНОЗОМ Немкова Т.И.....	94	ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНУЮ СИСТЕМУ Оразмурадов А.А., Радзинский В.Е., Шешко П.Л.....	100
«ПИВНОЙ» АЛКОГОЛИЗМ? Немцов А.В., Орлов А.В.....	94	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПОТРЕБИТЕЛЬНИЦ ГЕРОИНА Оразмурадов А.А., Радзинский В.Е., Шешко П.Л.....	101



СООТНОШЕНИЕ «ПИВНОГО» И «ВОДОЧНОГО» АЛКОГОЛИЗМА Орлов А.В., Немцов А.В.....	101	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ Петрова Е.В., Николаев В.М., Петров О.А.....	106
ИССЛЕДОВАНИЕ АБСТИНЕНТНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ Павлов Р.А.....	102	ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ДЕТСТВА И НАРКОТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН Писарук В.И.....	107
ИММУНОКЛЕТОЧНЫЕ И ИММУНОХИМИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬ-ИНДУЦИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ. РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ Панченко Л.Ф., Пирожков С.В., Теребилина Н.Н., Наумова Т.А., Баронец В.Ю.....	102	ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА И ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ Погосов А.В., Аносова Е.В.....	107
ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕЛАТОНИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У КРЫС Панченко Л.Ф., Попова Т.Н., Матасова Л.В., Рахманова Т.И.....	103	ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБРАЗА «Я» И ОБРАЗОВ РОДИТЕЛЕЙ В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Подгайская И.Г.....	108
ОСОБЕННОСТИ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ ДИХОТОМИЧЕСКОГО СТИМУЛА ПРИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СОСТОЯНИИ НАРКОТИЗАЦИИ Парин С.Б., Полевая С.А., Чернова М.А. ....	103	СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ АДДИКТИВНЫМ И САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ Польская Н.А., Разваляева А.Ю.....	108
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДИНАМИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Пауков В.С., Воронина Т.М., Кириллов Ю.А.....	104	ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА УМЕРЕННЫХ ОБЪЕМОВ ПИВА НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА Пометов Ю.Д., Калинина А.Г., Романченко В.В., Смагина Д.Б.....	109
ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Пахтусова Е.Е., Ионова Л.Л., Солдатенко В.А., Малыгин В.Л.....	104	«АДДИКТИВНОЕ» СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ Попов Ю.В., Пичиков А.А.....	109
СОДЕРЖАНИЕ МРНК НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА МОЗГА И ЕГО РЕЦПТОРА В ОТДЕЛАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ПРИ ДЕЙСТВИИ МОРФИНА ЗАВИСИТ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ИНТОКСИКАЦИИ Перегуд Д.И., Яковлев А.А., Панченко Л.Ф., Гуляева Н.В.....	105	ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПОВЕДЕНИЕ ПОЛОВОЗРЕЛОГО ПОТОМСТВА Проскурякова Т.В., ШохONOва В.А., Станишевская А.В.....	110
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЕВИАНТНОГО И ПАРАФИЛЬНОГО (ЗАВИСИМОГО) СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ Перехов А.Я.....	105	«КАЙФ-ЭФФЕКТЫ» КАРБАМАЗЕПИНА: ВЕРОЯТНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ? Простяков А.И.....	110
ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ. Перехов А.Я., Солдаткин В.А.....	106	БЕРЕМЕННОСТЬ И АЛКОГОЛЬ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Шешко П.Л.....	111
		ДЕЙСТВИЕ ВЕЩЕСТВ-ПРОТЕКТОРОВ НА РАЗЛИЧНЫЕ ЗВЕНЬЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ Рахманова Т.И., Матасова Л.В., Попова Т.Н., Панченко Л.Ф. ....	112

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ РЕЗИДУАЛЬНО- ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХОСИНДРОМА И КОМОРБИДНОГО АЛКОГОЛИЗМА У ПОДРОСТКОВ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ Ретюнский К.Ю., Детков Д.В. ....	112	АКТУАЛЬНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ В СИСТЕМЕ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КАЗАХСТАНА Садвакасова Г.А. ....	119
АНАЛИЗ АССОЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ДОФАМИНОВОГО РЕЦЕПТОРА D2 С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ФОРМЕ АЛКОГОЛИЗМА И СОЗАВИСИМОСТИ Рожнова Т.М. ....	113	ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Сансанова Л.Б., Михеев А.С. ....	119
К ВОПРОСУ О КРИТЕРИЯХ ДИАГНОСТИКИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ЗАВИСИМОСТЕЙ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ Рубина Л.П., Бердышев И.С., Яковенко В.В. ....	113	К СОВРЕМЕННОМУ СОСТОЯНИЮ УЧЕНИЯ С.С. КОРСАКОВА ОБ АЛКОГОЛЬНОМ ПОЛИНЕВРИТИЧЕСКОМ ПСИХОЗЕ Сиволап Ю.П. ....	120
СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ НАРКОТИЗАЦИИ МОЛОДЕЖИ Русанов В.А. ....	114	СТРУКТУРА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ Г. КИЕВА (АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ AUDIT-ПОДОБНЫХ ТЕСТОВ) Синицкая Т.В. ....	120
МНОГОМЕРНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Рыбакова К.В., Дубинина Л.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М. ....	114	КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ Сирота Н.А. ....	121
САМОРЕГУЛЯЦИЯ У ОПРЕДЕЛЕННОЙ ГРУППЫ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ОПИЙНЫХ НАРКОТИКОВ Рыбакова Л.Н. ....	115	РОЛЬ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ МУЖСКОГО ПОЛА Ситько Л.З., Копытов А.В., Наконечная Е.А., Копытов Д.А. ....	122
ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ПАТТЕРНЫ ПОДРОСТКОВОЙ АДДИКТИВНОСТИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ СРЕДНЕГО ПОВОЛЖЬЯ Сабитов И.А., Павлова Ю.М. ....	116	ТРЕХЭТАПНАЯ СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Скалин Ю.Е., Кузнецов В.В., Крылова Н.В. ....	122
ПОЛИАДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ СРЕДНЕГО ПОВОЛЖЬЯ Сабитов И.А., Свешникова М.А. ....	117	СООБЩЕСТВА ПАЦИЕНТОВ В СТРУКТУРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ КАК ЗНАЧИМЫЙ АУТОПОЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР СТАБИЛИЗАЦИИ РЕМИССИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Сквира И.М., Абрамов Б.Э., Сквира М.И. ....	123
ПСИХОЛОГО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ НА УРОВНЕ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ Садвакасова Г.А. ....	118	ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К УПОТРЕБЛЕНИЮ ПАВ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ Скворцов Н.Л., Чепрасова Д.Ю. ....	123
ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМАХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ Садвакасова Г.А. ....	118	СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ Я-КОНЦЕПЦИИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Слепова И.А. ....	124
		ДЕФЕКТНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЯХ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ С ГРУППОЙ ШИЗОФРЕНИЙ Снедков Е.В. ....	124

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: ПРОБЛЕМА ТЕРМИНОЛОГИИ Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Мавани Д.Ч.....	125	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ ДИСТИМИЕЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИЙНЫХ НАРКОТИКОВ И НАРКОМАНИЕЙ Султанов Ш.Х., Ходжаева Н.И., Губин И.А.....	131
МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Мавани Д.Ч.....	125	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В СВЯЗИ С СОБЕННОСТЯМИ АЛКОГОЛЬНОЙ АНОЗОГНОЗИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, КОМОРБИДНОЙ С АЛКОГОЛИЗМОМ Сухорукова А.А.....	132
НАПРАВЛЕНИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПРОБЛЕМАМИ ЗАВИСИМОСТИ Соловьев А.Г.....	126	ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИИ И КЛИНИКИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ У БОЛЬНЫХ С СИМПТОМАТИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ И ЭПИЗОДИЧЕСКИМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ Тиганов А.С., Назимова С.В.....	132
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПОЛИНЕВРОПАТИИ Соловьев А.Г., Елистратова Т.В.....	126	ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОЖИРЕНИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ Ткаченко Н.В., Заика В.Г., Андреева В.О., Лев Л.М.....	133
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ И МИКРОБИОЦЕНОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ В СОСТОЯНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА Соловьева Н.В.....	127	ФЕНОМЕН ПРОКРАСТИНАЦИИ И ЗАЩИТНО- СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Ткаченко И.Ю., Колпаков Я.В., Ялтонский В.М.....	133
ЛЮБОВЬ И ЛЮБОВНАЯ АДДИКЦИЯ Соловьева С.Л.....	128	ОЦЕНКА УРОВНЯ ГОТОВНОСТИ К ИЗМЕНЕНИЯМ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ Трусова А.В.....	134
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СИСТЕМАТИЧЕСКИ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ Софронов А.Г., Зиновьев С.В., Добровольская А.Е.....	128	КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСАКТНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Тучин П.В.....	135
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХИМИЧЕСКИМИ АДДИКЦИЯМИ Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Зиновьев С.В., Добровольская А.Е., Тявокина Е.Ю.....	129	НОВЫЙ МЕТОД СОЧЕТАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ И СУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Тышкевич Т.Г., Точилов В.А., Коненков С.Ю., Поляков Ю.И.....	135
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРТИКОСТЕРОИДНОГО СОЕДИНЕНИЯ S5 В УСЛОВИЯХ ОТМЕНЫ ЭТАНОЛА И МОРФИНА Станишевская А.В., Векшина Н.Л., Николаева В.В.....	130	ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ НА ФОНЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ Уварова-Тё Т.Н., Кокорина Н.П., Лопатин А.А., Селедцов А.М.....	136
СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СВЕТЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА Стрижев В.А., Чебуракова Т.А.....	130	НЕКОТОРЫЕ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ АДДИКЦИИ Урсу А.В.....	136
СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ Султанов Ш.Х.....	131		

ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ЭТАНОЛА У КРЫС-САМЦОВ ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ ЕГО СОЧЕТАННОМ ПОТРЕБЛЕНИИ С ФЕНАЗЕПАМОМ И КОФЕИНОМ Филатова Е.В., Егоров А.Ю., Кулагина К.О., Кучер Е.О.....	137	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПОЖИЗНЕННОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ Шаболтас А.В., Скочилов Р.В.....	143
ПРОБЛЕМА АДДИКЦИЙ И ПУТИ РЕШЕНИЯ Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.....	137	ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Шадманова Л.Ш., Ходжаева Н.И.....	144
ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ТАБАЧНЫМ АНАМНЕЗОМ Харькова О.А., Соловьев А.Г.....	138	РЕГУЛЯЦИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ АНАЛОГАМИ НОЦИЦЕПТИНА У КРЫС Шамакина И.Ю., Томилин В.А., Анохин П.К., Иванова Е.А., Сарычева Н.Ю., Дубынин В.А., Андреева Л.А., Мясоедов Н.Ф.....	145
ХИМИЧЕСКАЯ АДДИКЦИЯ ОТ ДЕЗОМОРФИНА Хлебников А.Н., Барыльник Ю.Б., Щетинин С.Г.....	139	СИНЕРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РАБОТЕ С СОЗАВИСИМЫМИ РОДСТВЕННИКАМИ (ИССЛЕДОВАНИЕ ЕДИНИЧНОГО СЛУЧАЯ) Шарыгина К.С.....	145
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ. ИНТЕГРАЦИЯ НИЗКОПОРОГОВЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ПИН КАК МЕХАНИЗМ ПОВЫШЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ Царев С.А.....	139	ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЙ ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ Шелонина Т.В., Горбатов С.В.....	146
ИЗУЧЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ И ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТНОШЕНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ КОМПЬЮТЕРНЫХ РЕСУРСОВ НА ПРИМЕРЕ МАЛОЙ ГРУППЫ СТУДЕНТОВ Цветкова О.В., Фадеева Е.В.....	140	АЛКОГОЛЬНАЯ АТРИБУТИВНОСТЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Шелыгин К.В.....	147
К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ Черенков А.А., Обухов Н.Г., Чуйко Р.Л.....	141	УРОВНИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ С ДЕСИНХРОНОЗОМ Шемеровский К.А.....	147
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Честнова В.И., Кочегуров В.В., Богачева А.Н.....	142	АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КЛИНИКЕ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ С РАЗЛИЧНЫМ СТАЖЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ Шигакова Ф.А.....	148
АДДИКТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС В КОНТЕКСТЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ Чистикова Е.И.....	142	ОБНАРУЖЕНИЕ ЭТАНОЛА В БИОСРЕДАХ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ Шитов Л.Н., Воронов А.Н., Ершов М.Б., Джурко Ю.А.....	148
ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ КАК ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ Чупрова О.В.....	143	НЕМЕДИЦИНСКОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАЛБУФИНА – НОВАЯ ТЕНДЕНЦИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ Шитов Л.Н., Пеньков И.П., Сухоручкин Н.В., Джурко Ю.А., Ионова Е.Б.....	149
		ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА, ПОЛА И СЕЗОННОГО ФАКТОРА НА ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ И СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ Шувалов С.А., Бузик О.Ж., Кибитов А.О.....	149

АНАЛИЗ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ДЛЯ СУПЕРВИЗИИ, С ПОЗИЦИЙ ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ СУПЕРВИЗИОННОЙ МОДЕЛИ Шустов Д.И.....	150	EARLY DETECTION AND TREATMENT OF ALCOHOL PROBLEMS IN HEALTH CARE SETTINGS Alho Hannu.....	154
ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ИССЛЕДОВАНИИ АДДИКЦИЙ Элисон Абдуллахи.....	150	TREATING SUBSTANCE USE DISORDERS IN CRIMINAL JUSTICE SETTINGS Altice Frederick.....	155
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ПРОГНОЗ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ У ПОДРОСТКОВ Яковлев А.Н., Кибитов А.О.....	151	COLLABORATIVE RESEARCH TO IMPROVE SUBSTANCE ABUSE TREATMENTS AND HIV PREVENTION IN ASIA Chawarski Marek C.....	155
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ Якунина О.Н., Громов С.А., Липатова Л.В.....	151	IS WEIGHT REDUCTION BEHAVIOR RELATED TO PERSONALITY? Podar Iris, Hannus Aave.....	155
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА БЕРЕМЕННОСТИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЭКСПОЗИЦИЕЙ У ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК Ялтонская А.В., Колпаков Я.В., Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Деревнина А.Ю.....	152	METHCATHINONE (EPHEDRONE) ADDICTS WITH MANGANESE RELATED PARKINSONISM-DYSTONIA SYNDROME Taba Pille.....	155
РАСПРСТРАНЕННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СПЕКТРА НАРУШЕНИЙ (ФАСН) В РОССИИ Ялтонская А.В., Ялтонский В.М., Колпаков Я.В., Абросимов И.Н., Деревнина А.Ю., Рем Ю., Перваков К., Таннер В., Попова С.....	153	NALTREXONE FOR TREATING AMPHETAMINE DEPENDENCE: CURRENT EVIDENCE Woody George E.....	156
ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ГЕРОИНА, ОСЛОЖНЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ Ялтонский В.М.....	153	АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	157
СРАВНЕНИЕ МОТИВАЦИИ К ПСИХОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ Ялтонский В.М., Колпаков Я.В.....	154		