

**СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ  
В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ,  
ТЕРАПИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ, РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ**

Материалы  
Третьей ежегодной научно-практической  
конференции с международным участием  
«Дроздовские чтения»

Москва, 15–16 ноября 2016 г.



**COMORBID PATHOLOGY IN PSYCHIATRY  
AND NARCOLOGY: PROBLEMS OF DIAGNOSTICS,  
THERAPY, REHABILITATION, RESOCIALIZATION**

Materials  
of the Third Annual Scientific-Practical  
Conference with international participation  
«Drozdovski Readings»

Moscow, the 15th–16th of November, 2016



Москва  
Российский университет дружбы народов  
2016

ФГАОУ ВО «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ»  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

ОО «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ»

МОСКОВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ»

ГБУЗ «ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 13 ДЗ ГОРОДА МОСКВЫ»

ГБУЗ «ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 5 ДЗМ»

---

# **СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ, РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ**

## **Материалы**

**Третьей ежегодной научно-практической  
конференции с международным участием  
«Дроздовские чтения»**

*Москва, 15–16 ноября 2016 г.*

Москва  
Российский университет дружбы народов  
2016

УДК 616.89-07-08:159.9(063)  
ББК 56.14+53.57+88  
С69

Утверждено  
РИС Ученого совета  
Российского университета  
дружбы народов

**Ответственный редактор –**

доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии  
и психотерапии факультета повышения квалификации  
медицинских работников Медицинского института  
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» **И.А. Зражевская**

**Редакционная коллегия:**

*В.К. Абдуллаева, А.С. Березкин, Т.Н. Дудко, А.С. Иговская, З.Ф. Котова,  
А.Э. Мелик-Пашаян, Е.В. Миронова, С.Н. Мосолов, И.Д. Спирина,  
А.Ю. Тер-Исраелян, Э.О. Топка*

**С69 Сочетанная патология в психиатрии и наркологии: проблемы диагностики, терапии, реабилитации, ресоциализации :** материалы Третьей ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения». Москва, 15–16 ноября 2016 г. / отв. ред. д.м.н., проф. И.А. Зражевская. – Москва : РУДН, 2016. – 316 с.

Издание подготовлено по материалам Третьей ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения», приуроченной ко дню рождения Эдуарда Семеновича Дроздова – одного из ведущих специалистов в области психиатрии и наркологии РФ, выдающегося организатора здравоохранения. Сборник конференции включает публикации на такие важнейшие темы, как диагностика и терапия сочетанных заболеваний психиатрического, наркологического и соматического профилей, включая проблемы ВИЧ-инфицирования, диагностики и лечения СПИДа у лиц с психическими и поведенческими расстройствами (в том числе связанными с употреблением психоактивных веществ); междисциплинарная интеграция психиатрии, наркологии и психологии; поиск и внедрение новых подходов к решению междисциплинарных проблем. Особое внимание в тезисах и статьях уделено вопросам совершенствования лечения и реабилитации наркозависимости на основе стратегии полного отказа от немедицинского потребления наркотических средств.

Сборник предназначен для врачей-психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических психологов, психологов, врачей общей практики, социальных работников и консультантов центров, осуществляющих реабилитацию зависимых от психоактивных веществ.

УДК 616.89-07-08:159.9(063)  
ББК 56.14+53.57+88

ISBN 978-5-209-07837-1

© Коллектив авторов, 2016  
© Российский университет  
дружбы народов, 2016

PEOPLES' FRIENDSHIP UNIVERSITY OF RUSSIA  
MEDICAL INSTITUTE  
FACULTY OF ADVANCED TRAINING OF MEDICAL WORKERS  
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, NARCOLOGY AND PSYCHOTHERAPY  
PUBLIC ORGANIZATION «RUSSIAN SOCIETY OF PSYCHIATRISTS»  
MOSCOW REGIONAL BRANCH OF PUBLIC  
ORGANIZATION «RUSSIAN SOCIETY OF PSYCHIATRISTS»  
SBIH «PSYCHIATRIC HOSPITAL № 13 OF THE DEPARTMENT  
OF HEALTH OF MOSCOW»  
SBIH «PSYCHIATRIC HOSPITAL № 5 OF THE DEPARTMENT OF HEALTH OF MOSCOW»

---

**COMORBID PATHOLOGY  
IN PSYCHIATRY AND NARCOLOGY:  
PROBLEMS OF DIAGNOSTICS,  
THERAPY, REHABILITATION,  
RESOCIALIZATION**

**Materials**  
of The Third Annual Scientific-Practical  
Conference with international participation  
«Drozdovski Readings»

*Moscow, the 15th–16th of November, 2016*

Moscow  
Peoples' Friendship University of Russia  
2016

УДК 616.89-07-08:159.9(063)  
ББК 56.14+53.57+88  
С69

Approved  
by *The Editorial-Publishing Board*  
of *The Scientific Council*  
of *Peoples' Friendship University of Russia*

**Executive editor –**

***Zrazhevskaya Inna Alexandrovna,***

M.D., Ph.D., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of The Advanced Training Faculty of medical workers of Medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia

**Editorial board:**

*V.K. Abdullaeva, A.S. Berezkin, T.N. Dudko, A.S. Igovskaya, Z.F. Kotova,  
A.E. Melik-Pashayan, E.V. Mironova, S.N. Mosolov, I.D. Spyryna,  
A.Y. Ter-Israelyan, E.O. Topka*

C69      **Comorbid pathology in psychiatry and narcology: problems of diagnostics, therapy, rehabilitation, resocialization** : Materials of the Third Annual Scientific-Practical Conference with international participation «Drozdovski Readings», (Moscow, the 15th–16th of November, 2016) / Executive editor Doctor of medical Sciences, Professor I.A. Zrazhevskaya. – Moscow : PFUR, 2016. – 316 p.

The publication prepared on the materials of the Third Annual Scientific-Practical Conference with international participation «Drozdovski Readings», devoted to the birthday of Edward Semenovich Drozdov – one of the leading experts in the field of psychiatry and narcology in Russian Federation, a prominent organizer of public health. The Book of Abstracts of the Conference includes publications on such important issues as: diagnosis and therapy of comorbid diseases psychiatric, narcological and somatic profiles, including the problems of HIV-infection, diagnosis and treatment of AIDS in persons with mental and behavioral disorders (including those associated with psychoactive substance use); interdisciplinary integration of psychiatry, narcology and psychology, search and implementation the new approaches for solving the interdisciplinary problems. Special attention in abstracts and articles are devoted to the issues of improving the treatment and rehabilitation of drug abuse on the base of strategy of full refusal from non-medical consumption of psychoactive substances.

The collection of materials is intended for psychiatrists, narcologists and specialist in the field of addictions, psychotherapists, clinical psychologists, psychologists, general practitioners, social workers and consultants of centres, which conduct rehabilitation for persons, addicted from psychoactive substances.

УДК 616.89-07-08:159.9(063)  
ББК 56.14+53.57+88

ISBN 978-5-209-07837-1

© Collective of authors, 2016  
© Peoples' Friendship University  
of Russia (PFUR), 2016

# СОДЕРЖАНИЕ

<i>Зражевская И.А.</i> Основные вехи жизненного пути Э.С. Дроздова ....	13
<i>Березкин А.С.</i> Предисловие.....	26
<i>Абдуллаева В.К.</i> Клинико-динамические особенности зависимости от опиоидов с коморбидной соматической патологией на различных этапах заболевания .....	34
<i>Абдуллаева В.К.</i> Состояние антиоксидантной системы в митохондриальной и микросомальной фракциях печени на экспериментальной модели наркотизации опиатами .....	39
<i>Агibalова Т.В., Вальчук Д.С., Гуревич Г.Л., Бузик О.Ж., Тучина О.Д., Курлович Н.М.</i> Психотерапия, направленная на патологическое влечение к алкоголю.....	44
<i>Агibalова Т.В., Тучин П.В., Тучина О.Д., Смышляев А.В.</i> Применение психотерапии в реабилитации наркологических больных..	48
<i>Арпентьева М.Р.</i> Смыслы психотерапии в России: между Востоком и Западом .....	52
<i>Арпентьева М.Р.</i> Психосоматические модели: традиции и перспективы .....	58
<i>Арпентьева М.Р.</i> Психология здоровья и отношение человека к себе и окружающему миру.....	64
<i>Асадуллин А.Р., Зражевская И.А., Ахметова Э.А.</i> Социально-психологические аспекты функционирования семей подростков, употребляющих психоактивные вещества нового поколения.....	70

<i>Ашуров З.Ш., Шин З.В., Ким Д.П.</i> Динамика агрессивного поведения в процессе психотерапевтической работы у больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния.....	78
<i>Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.</i> Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с игровой компьютерной зависимостью.....	82
<i>Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш.</i> Клинические проявления аутоагрессивного поведения пубертатного периода.....	86
<i>Бабурин А.Н., Соборникова Е.А., Магай А.И., Казьмина Е.А.</i> Семейные клубы трезвости как подход в реабилитации лиц, зависимых от употребления алкоголя и их созависимых родственников .....	91
<i>Бизина Л.Н., Агишев В.Г.</i> Показатели ЭЭГ как критерии оценки эффективности лечения больных алкоголизмом с использованием нелекарственных методов .....	95
<i>Ванюшина Е.А., Черная Н.А., Кожанов А.В.</i> Особенности употребления алкоголя в подростковом периоде .....	99
<i>Васильева Т.М., Максимова Н.Е., Ремизова С.С.</i> Взаимосвязь нейрокогнитивного дефицита и социального интеллекта у лиц, страдающих шизофренией .....	103
<i>Герасимчук М.Ю.</i> Хроно-спецификатор как междисциплинарный тренд.....	108
<i>Глушко А.А., Брюн Е.А., Копоров С.Г., Трифонов О.И., Копоров Д.С., Булкина Е.А.</i> Перипенитенциарная наркология: актуальность, методология и критерии эффективности.....	112
<i>Захаров Р.И., Уваров И.А., Волгин С.А.</i> Программа «Сознательная трезвость» как элемент системной этиопатогенетической психотерапии алкогольной зависимости .....	120

<b>Гуреева Д.А., Гуреев Г.А., Уваров И.А., Лекомцев В.Т.</b> Дифференциальная диагностика шизофрении, интоксикационных психозов вследствие употребления синтетических каннабиноидов и органических психозов.....	123
<b>Клименко Т.В.,</b> Социальная реабилитация как обязательный компонент комплексного лечебно-реабилитационного процесса в отношении лиц с наркологическими расстройствами.....	128
<b>Лопатин А.А., Дубчак Ю.В., Алимбекова Ю.Е.</b> Лечебно-реабилитационная программа «Фламинго» 2002–2016 гг. ....	133
<b>Максимова Н.Е., Комар М.В., Царева Е.В.</b> Обследование граждан пожилого возраста психиатрами перед совершением юридической сделки .....	135
<b>Николишин А.Е., Чупрова Н.А., Бродянский В.М., Кибитов А.О.</b> Возможность использования количественного анализа семейной отягощенности и генетического риска для прогноза сроков формирования и развития алкогольной зависимости .....	140
<b>Оруджев Н.Я., Поплавская О.В., Земцов В.В.</b> Проблемы оказания психиатрической помощи лицам, находящимся на АПНЛ и АДН в Волгоградской области .....	145
<b>Павличенко А.В., Рыжухинская А.В.</b> Метаболические и кардиоваскулярные нарушения, связанные с приемом антипсихотиков: обзор доказательной литературы .....	149
<b>Рузиева Г.Х., Назарова И.Р.</b> Шизофрения и беременность: тактика введения. ....	154
<b>Середина С.Б., Скворцова А.М.</b> Нефармакологические методы лечения в наркологии.....	159
<b>Синева А.И.</b> Психические расстройства и туберкулез: особенности коморбидности.....	163
<b>Спирина И.Д., Шорников А.В.</b> Тест <i>LWDS-11</i> как перспективный путь диагностики зависимости от кальяна .....	169

<b>Спирина И.Д., Феденко Е.С.</b> Особенности коррекции пограничных психических расстройств у больных с коксартрозом, нуждающихся в эндопротезировании .....	174
<b>Ткешелашвили Н., Аладашвили Т., Цулеискири Л.</b> Двойной диагноз и психосоциальная реабилитация.....	179
<b>Уваров И.А., Нафиков А.Р., Лекомцев В.Т.</b> Алкогольный абстинентный синдром, осложненный злоупотреблением барбитуратами.....	182
<b>Черенков А.А., Уваров И.А., Обухов Н.Г.</b> Некоторые аспекты терапии аддикций в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения .....	185
<b>Черенков А.А.</b> Некоторые аспекты состояния органов дыхательной системы у больных с наркологической патологией.....	193
<b>Шахова С.М.</b> Психические расстройства вследствие потребления синтетических каннабиноидов .....	198
<b>Яковлев А.Н., Коростин М.И., Витчинкина В.И., Кибитов А.О.</b> Уровень генетического риска наркологических заболеваний среди здоровых подростков и подростков с аддиктивным поведением .....	201
<b>Ярославская М.А.</b> Исследование психологической структуры внутреннего телесного опыта пациентов, страдающих депрессивными расстройствами .....	204
ПРОГРАММА на 15 ноября 2016 г. ....	209
ПРОГРАММА на 16 ноября 2016 г. ....	254
<b>Топка Е.О.</b> Отчет о проведении Третьей ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения».....	290

# CONTENT

<b>Zrazhevskaya I.A. Main Milestones Of The Life Way of E.S. Drozdov</b> .....	13
<b>Berezkin A.S. Preface</b> .....	26
<b>Abdullaeva V.K. Clinico-Dynamic Features Of Opioid Dependence With Comorbid Somatic Pathology At Different Stages Of The Disease</b> .....	34
<b>Abdullaeva V.K. Status Of The Antioxidant System In The Mitochondrial And Microsomal Fractions Of The Liver In An Experimental Model Of Opiate Drug Addiction</b> .....	39
<b>Agibalova T.V., Valchuk D.S., Gurevich G.L., Buzik O.Zh., Tuchina O.D., Kurlovich N.M. Anti-Craving Psychotherapy For Alcohol Dependence</b> .....	44
<b>Agibalova T.V., Tuchin P.V., Tuchina O.D., Smishlyaev A.V. Psychotherapy For Rehabilitation Of Patients With Substance Use Disorders</b> .....	48
<b>Arpentieva M.R. Meanings Of Psychotherapy In Russia: Between East And West</b> .....	52
<b>Arpentieva M.R. Psychosomatic Model: Traditions And Prospects</b> .....	58
<b>Arpentieva M.R. Health Psychology And The Relation Of Man To Himself And The World Around Them</b> .....	64
<b>Asadullin A.R., Zrazhevskaya I.A., Akhmetova E.A. Socio-Psychological Aspects Of Functioning Of Families Of Adolescents, Which Use Psychoactive Substances Of New Generation</b> .....	70
<b>Ashurov Z.Sh., Shin Z.V., Kim D.P. Dynamics Of Aggressive Behavior Of Schizophrenics, Committed The Serious Crimes During Psychotherapeutic Work</b> .....	78

<b>Babarahimova S.B., Iskandarova J.M.</b> Anxiety-Depressive Disorders In Persons With Game Computer Addiction.....	82
<b>Babarahimova S.B., Iskandarova J.M., Shaikramov Sh.Sh.</b> Clinical Manifestations Of Autoaggressive Behaviour Of Puberty Period .....	86
<b>Baburin A.N., Sobornikova E.A., Magay A.I., Kazmina E.A.</b> Family Club Of Sobriety As An Approach To Alcohol Addicted And Their Relatives Codependency Rehabilitation .....	91
<b>Bizina L.N., Agishev V.G.</b> Eeg As The Criteria For Assessing The Dynamics Of Affective Disorders And The Effectiveness Of Treatment Of Alcoholic Patients With Non-Pharmacological Methods.....	95
<b>Vanyushina E.A., Chernaya N.A., Kozhanov A.V.</b> Features Of Alcohol Consumption In Adolescence .....	99
<b>Vasilyeva T.M., Maximova N.E., Remizova S.S.</b> The Relationship Of Expression Of Neurocognitive Deficits And Social Intelligence In Patients With Schizophrenia .....	103
<b>Gerasimchuk M.Y.</b> Chrono-Specifier As An Interdisciplinary Trend.....	108
<b>Glushko A.A., Bryun E.A., Koporov S.G., Trifonov O.I., Koporov D.S., Bulkina E.A.</b> Peri-Penitentiary Narcology: Relevance, Methodology And Performance Criteria .....	112
<b>Zakharov R.I., Uvarov I.A., Volgin S.A.</b> The «Conscious Sobriety» As An Element Of The System Etiopathogenic Therapy Of Alcohol Dependence.....	120
<b>Gureeva D.A., Gureev G.A., Uvarov I.A., Lekomtsev V.T.</b> Differential Diagnosis Of Psychosis In Schizophrenia, Organic Lesion Of The Central Nervous System And In The Use Of Smoking Mixtures.....	123
<b>Klimenko T.V.</b> Social Rehabilitation As A Required Component Of Complex Treatment And Rehabilitation Process In Persons With Substance Abuse Disorders.....	128
<b>Lopatin A.A., Dubchak Y.V., Alimbekova Y.Y.</b> Treatment And Rehabilitation Program «Flamingo» 2002–2016 .....	133

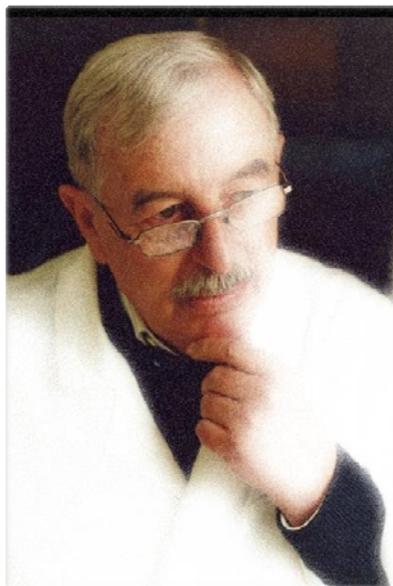
<b>Maximova N.E., Komar M.V., Tsareva E.V.</b> The Sweep Of The Citizens Of Old Age Before Making The Legal Deal.....	135
<b>Nikolishin A.E., Chuprova N.A., Brodyansky V.M., Kibitov A.O.</b> The Ability To Use The Quantitative Analysis Of Familial Vulnerability And Genetic Risk For The Forecast Of The Terms Of Formation And Development Of Alcohol Dependence.....	140
<b>Orujev N.Ya., Poplavskaja O.V., Zemtsov V.V.</b> Problems Of Mental Health Care And Management Of Persons On <i>APNL</i> And <i>AND</i> In The Volgograd Region.....	145
<b>Pavlichenko A.V., Ryzhukhinskaya A.V.</b> Cardiometabolic And Cardiovascular Disturbances Associated With Antipsychotics: Review Of The Evidence.....	149
<b>Ruziyeva G.X., Nazarova I.R.</b> Schizophrenia And Pregnancy: Introduction Tactics.....	154
<b>Seredina S.B., Skvortsova A.M.</b> Non-Pharmacological Methods Of Treatment In Narcology.....	159
<b>Sineva A.I.</b> Mental Disorders And Tuberculosis: Features Of Comorbidity.....	163
<b>Spirina I.D., Shornikov A.V.</b> Test <i>LWDS-11</i> As A Perspective Way Of Diagnosis Depending On Hookah.....	169
<b>Spirina S.D., Fedenko E.S.</b> Features Of Correction Of Borderline Mental Disorders In Patients With Coxarthrosis Who Need Endoprosthetics.....	174
<b>Tkeshelashvili N., Aladashvili T., Tsuleiskiri L.</b> Dual Diagnosis And Psychosocial Rehabilitation.....	179
<b>Uvarov I.A., Nafikov A.R., Lekomtsev V.T.</b> Alcohol Withdrawal Syndrome Is Complicated By The Abuse Of Barbiturates.....	182
<b>Cherenkov A.A., Uvarov I.A., Obukhov N.G.</b> Some Aspects Of Therapy Addictions In Civil And Penitentiary Health Sector.....	185
<b>Cherenkov A.A.</b> Some Aspects Of The Status Of The Respiratory System In Patients With Drug Addictions.....	193

<b><i>Shakhova S.M.</i></b> Mental Disorders Due To Use Of Synthetic Cannabinoids .....	198
<b><i>Jakovlev A.N., Korostin M.I., Vitchinkina V.I., Kibitov A.O.</i></b> The Level Of Genetic Risk Of Substance Abuse Disorders Among Healthy Adolescents And Adolescents With Addictive Behaviour .....	201
<b><i>Yaroslavskaya M.A.</i></b> Study Of The Psychological Structure Of The Inner Bodily Exeriences Of Patients, Deressive Disorders.....	204
PROGRAM on the 15th of November, 2016. ....	233
PROGRAM on the 16th of November, 2016. ....	274
<b><i>Topka E.O.</i></b> Report About The Conducting The Third Annual Scientific-Practical Conference With International Participation «Drozdovski Readings» .....	304

## ОСНОВНЫЕ ВЕХИ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ Э.С. ДРОЗДОВА

---

14 ноября 2016 года исполнился 81 год со дня рождения *Эдуарда Семеновича Дроздова* (14.11.1935 – 23.08.2011) – одного из ведущих специалистов в области психиатрии и наркологии Российской Федерации, выдающегося отечественного организатора здравоохранения, истинного апологета реабилитационного направления, который в течение 12 лет являлся Главным врачом ГБУЗ ПБ №13 ДЗМ – клинической базы Кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института РУДН.



Эдуард Семенович был человеком незаурядной судьбы.

Он родился в 1935 г. в городе Днепропетровске (Украина) в семье медиков. Босоногое детство, голодные послевоенные годы, самостоятельно проложенный тернистый жизненный путь, замечательные человеческие качества и, наконец, просто призвание привели его к самой гуманной и самой сложной профессии в медицине – психиатрии.

С 1954 г. по 1960 г. Эдуард Семенович обучался на педиатрическом факультете 2-го Московского ордена Ленина государственного медицинского института имени Пирогова (ныне ГБОУ ВПО «Российский национальный исследова-

тельский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России), затем поступил в клиническую ординатуру НИИ психиатрии. Он оказался талантливым врачом и прирожденным лидером, что позволило ему после окончания ординатуры уже через несколько лет практической работы стать заведующим отделением в психиатрической больнице № 14 города Москвы, а затем и главным врачом психоневрологического диспансера № 10.

В 1976 году Главное управление здравоохранения Мосгорисполкома переводит Э.С. Дроздова на должность главного врача наркологического диспансера № 1. С этого момента на многие годы его профессиональная судьба оказывается связанной с организацией Московской наркологической службы, с ее совершенствованием и дальнейшим развитием.

Огромный организаторский талант Эдуарда Семеновича, своеобразие его мышления и дальновидность настоящего руководителя особенно ярко проявились, когда в 1982 году он создал Наркологическую больницу № 17, которой руководил в дальнейшем свыше 10 лет. В те годы это был крупнейший наркологический стационар в мире! Уже в самом начале своего пути на этой должности Эдуард Семенович добился объединения в структуре этого лечебного учреждения всех наркологических отделений, ранее разбросанных по разным психиатрическим стационарам. Именно его считают отцом-основателем Московской наркологической службы.

Однако Эдуард Семенович не остановился на этом.

Вскоре по его инициативе и при поддержке Правительства города Москвы был организован эффективный лечебно-производственный комплекс на заводе им. И.А. Лихачева (ЗИЛ). Здесь Э.С. Дроздов, как истинный апологет реабилитационного направления в медицине, заложил основы реабилитации больных алкоголизмом в условиях промышленного предприятия. С его легкой руки и при постоянной заботе больные алкоголизмом проходили социально-трудовую реа-

билитацию, получали новые профессии, рабочие места, совмещали созидательный физический труд с курсами наркологического лечения на крупнейшем автозаводе Москвы.

В 1989 г. Эдуард Семенович защитил кандидатскую диссертацию «Принципы реабилитации больных алкоголизмом в наркологической больнице при крупном промышленном предприятии». В том же году Э.С. Дроздов возглавил всю наркологическую службу города. На посту главного нарколога города Москвы он много и плодотворно работал по профилактике алкоголизма и наркомании, по созданию системы гигиенического обучения и воспитания населения, написал много популярных статей и книг.

Будучи глубоко верующим человеком, Эдуард Семенович был одним из первых в отечественной наркологии, кто установил связь с Русской православной церковью. Кроме того, на многие годы он стал постоянным активным членом Совета при Синодальном отделе РПЦ по тюремному служению.

В 1999 г. Э.С. Дроздов становится главным врачом психиатрической больницы № 13. Огромный административный опыт и мощная созидательная энергия Эдуарда Семеновича помогли изменить к лучшему работу и этого лечебного учреждения. Стареющая к тому времени больница начала стремительно преображаться: улучшились как условия содержания и лечения больных, так и условия работы всего медицинского персонала. Были открыты дневной стационар и полусанаторное отделение для больных с аффективной патологией. В целях профилактики внутрибольничной инфекции во всех отделениях были созданы палаты-изоляторы. Постоянно проводились работы по ремонту отделений, лифтовое хозяйство было полностью заменено, кроме того, лифты появились даже в тех корпусах, где ранее их не было. Во всех лечебных отделениях были оборудованы и по-новому оснащены помещения для отдыха больных. Под библиотеку было выделено новое помещение, а малые библиотеки появились во всех отделениях.

Дроздов Э.С. уделял большое внимание организации лечебного процесса, повышению его качества и культуры медицинского обслуживания, способствовал внедрению новых методов диагностики и лечения больных, а также гуманизации отношения медицинского персонала к пациентам. Первые годы работы Эдуарда Семеновича на должности главного врача совпали с внедрением в практику новых, атипичных нейролептиков, и он всемерно способствовал этому процессу.

Не проходило недели, чтобы в больнице не проводились конференции, семинары, на которых выступали ведущие ученые города Москвы, делились опытом лечения новыми препаратами. Подъем получили психотерапевтические и психореабилитационные направления. Резко расширился штат практикующих психологов, появились и стали активно работать специалисты по социальной работе, культработники, была создана арт-студия, широкое распространение приобрела групповая психотерапевтическая работа не только в санаторных отделениях, но и в отделениях закрытого типа, был организован Совет родственников пациентов больницы.

Руководя большим коллективом, Э.С. Дроздов старался воспитывать в каждом работнике сознательное отношение к своим профессиональным обязанностям, уделял постоянное внимание работе с молодыми врачами. Он организовал тесное сотрудничество с Центром повышения квалификации специалистов здравоохранения города Москвы, институтами и кафедрами, которые регулярно проводили в больнице выездные циклы. Еженедельно проводились семинары для молодых врачей (и эта традиция сохранилась до сих пор).

Особой заботой Эдуарда Семеновича была сестринская служба больницы. Он лично по утрам приходил в отделения и участвовал в сестринских планерках, узнавал из первых рук о проблемах содержания и ухода за больными, стремился оптимизировать сестринский труд, добивался уменьшения «текучности» кадров – младшего и среднего медицинского

персонала. По инициативе Эдуарда Семеновича в больнице стали регулярно проводятся сестринские конференции, конкурсы на звание «Лучшая медицинская сестра». Победительницы принимали участие в конкурсах среди медицинских сестер лечебных учреждений ЮВАО, добивались званий победительниц и там. Дроздов Э.С. предложил организовать художественную самодеятельность силами сотрудников больницы, ее ряды до сих пор постоянно пополняются и обновляются. Члены художественной самодеятельности больницы и сейчас организуют праздничные концерты для сотрудников и пациентов.

Кроме того, Эдуард Семенович постоянно стремился улучшить питание больных, он организовал масштабные работы по ремонту и современному оснащению пищеблока, много времени и сил потратил на тщательный подбор грамотного, высокопрофессионального, добросовестного персонала для этого подразделения больницы.

Несмотря на годы, Эдуард Семенович Дроздов всегда был активен, охотно участвовал в общественной жизни города: он был депутатом муниципального собрания района Люблино, являлся одним из отцов-основателей Региональной общественной организации «Клуб психиатров», сотрудничал с редколлегией газеты «Нить Ариадны» и т.д.

И что самое главное, несмотря на горы организационной работы Эдуард Семенович оставался прекрасным врачом. Он любил больных, и они отвечали ему взаимностью.

Не было дня, чтобы возле его кабинета не стояла очередь из пациентов, как новых, так и давних, которые даже в случае выздоровления не порывали с ним связей многие годы и десятилетия. Он очень интересовался новинками медицины, был буквально заражен идеями метаболической, биотической терапии алкоголизма и наркомании, изучения осложнений нейролептической терапии, охотно принимал участие в испытаниях новых лекарственных препаратов, форм и методов лечения.

Дроздов Э.С. – автор более 60 научных и научно-популярных работ, в том числе монографий.

Эдуард Семенович был награжден многими орденами и медалями: «Орден Гиппократа», «За заслуги в развитии медицины и здравоохранения», «Ветеран труда», «Во имя жизни на земле», «За веру и службу России», «Защитник рубежей Отечества», памятным знаком «За мужество и любовь к Отечеству».

Э.С. Дроздов был человеком, который сосредоточил в себе самые прекрасные человеческие качества. Он был умным и проницательным, с хорошим чувством юмора, иронии и самоиронии. Его доброта и отзывчивость, простота и открытость привлекали к нему людей. Он сразу же откликался на нужды сотрудников, всегда был готов лично включиться в их судьбу, разрешить или хотя бы уменьшить имеющиеся проблемы. Конечно, как всякий человек, мог он и разгневаться, но никогда не был злопамятным. Все это привлекало к нему самых разных людей, у него была масса друзей, отношения с которыми он поддерживал в течение многих лет.

Уход Эдуарда Семеновича из жизни был внезапным, как говорится «на взлете».

Э.С. Дроздов пользовался огромным уважением и авторитетом в коллективе. Вот что писали коллеги в некрологе в связи с внезапной кончиной Эдуарда Семеновича 23 августа 2011 года:

«Эдуард Семенович – человек незаурядной судьбы и необыкновенной силы духа, его замечательные качества и призвание привели его к самой сложной и гуманной профессии в медицине – психиатрии.

С 1999 года Эдуард Семенович – наш главный врач, наш коллега и наставник, наш учитель и старший товарищ. Мудрый руководитель, чуткий психолог и врач Божией милостью, все эти годы он учил нас во благо больных, передавая свой бесценный опыт, накопленный десятилетиями. Он сплотил коллектив, сделал его большой семьей, он был отцом этой семьи.

Светлая память об Эдуарде Семеновиче вечно будет жить в сердцах его коллег, учеников, товарищей.

Наша скорбь безмерна...»

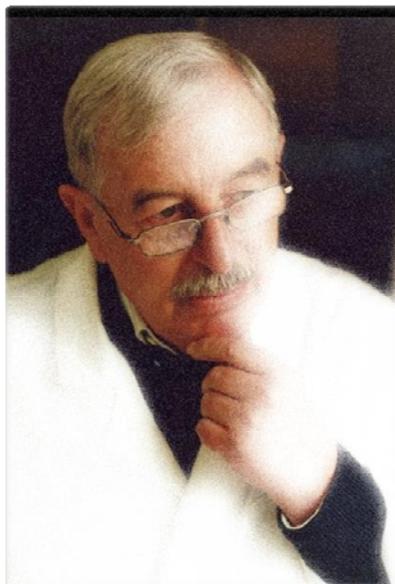
***Инна Александровна Зражевская,***  
*Руководитель отдела клинической наркологии*  
*НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН*  
*им. В.П. Сербского» Минздрава РФ,*  
*доктор медицинских наук, профессор*  
*кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии*  
*Факультета повышения квалификации медицинских*  
*работников Медицинского института*  
*ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»*

(биография составлена на основании воспоминаний коллег, друзей, родных и близких Э.С. Дроздова, а также данных интернет-ресурсов)

## MAIN MILESTONES OF THE LIFE WAY OF E.S. DROZDOV

---

The 14th of November, 2016 marked the 81th anniversary from the date of birth of *Edward Semenovich Drozdov* (14.11.1935 – 23.08.2011) – one of the leading specialists in the field of Psychiatry and Narcology in Russian Federation, an outstanding fatherland organizer of public health, true apologist of rehabilitation direction, which during 12 years was a chief physician of clinical base of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of Advanced Training Faculty of medical workers of Medical Institute of PFUR.



Edward Semenovich was a human of extraordinary destiny.

He was born in 1935 in Dnepropetrovsk (Ukraine) in family of physicians. Barefoot childhood, hungry post-war years padded own thorny life way, remarkable human qualities and, finally, pro-hundred vocation led him to the most humane and the most difficult profession in medicine – psychiatry.

From 1954 to 1960 Edward Semenovich studied at the pediatric department of the Second Moscow Order of Lenin of the State Medical Institute named after Pirogov (now SBEI HPE «Russian National Research Medical University n.a. N.I. Pirogov» Russian Ministry of Health), and then entered the clinical internship of the SRI of Psychiatry. He was a talented physician

and an inborn leader, which enabled him after finishing internship already after several years of practical work become the head of the department at the Psychiatric Hospital № 14 of Moscow, and then the chief doctor of Psycho-neurological dispensary № 10.

In 1976 the Moscow City Main Department of Health of Moscow Government shift E.S. Drozdov to a Chief physician of Narcological Dispensary № 1. Since this moment, for many years his professional destiny was associated with the organization of the Moscow Narcological Service, with its improvement and further development. A huge organizational talent of Edward Semenovich, the originality of his thinking and the vision of the real head especially bright manifested when in 1982 he created the Narcological hospital number 17, which further administered for over 10 years. In those years it was the largest addiction hospital in the world!

At the very beginning of his career on this position Edward Semenovich made the association in the structure of this medical institution of all narcological departments, previously scattered in different psychiatric hospitals. He is considered the Father of the founder of Moscow Narcological Service. However, Edward Semenovich did not stop on it. Soon after, on his initiative and with the support of the Government of Moscow was organized effective medical industrial complex at the factory n.a. I.A. Likhachev (ZIL). Here E.S. Drozdov, as a true apologist of the rehabilitation direction of medicine, laid the basis of rehabilitation of patients with alcohol dependence in the conditions of industrial enterprises.

With his light hand and with constant care, patients with alcoholism have the social and labor rehabilitation, received new skills, jobs, combined the creative physical work with courses of addiction treatment in the largest car factory in Moscow.

In 1989, Edward Semenovich defended his PhD thesis «The principles of rehabilitation the patients with alcohol dependence in narcological hospital at the large industrial enterprise». In the same year E.S. Drozdov headed all the narcological treatment

service of the city. As a chief narcologist of the city of Moscow, he worked much and fruitful for the prevention of alcoholism and drug addiction, to create a system of hygienic training and education of the population, has written many popular books and articles. Being a deeply religious human, Edward Semenovich was one of the first in the Fatherland Narcology, who established contact with the Russian Orthodox Church. In addition, for many years he became a permanent member of the Council of the active Synodal Department of Russian Orthodox Church in the prison service.

In 1999 E.S. Drozdov became the head physician of the Psychiatric Hospital № 13. The huge administrative experience and powerful creative energy of Eduard Semenovich helped change work for the better and this hospital. Aging, at that time, hospital began to transform rapidly: improved the conditions of detention and treatment of the patient, and conditions of work of all medical staff. There were open the outpatient department and half-sanatorium department for patients with affective disorders.

In order to prevent nosocomial infection in all departments were created chamber insulators. Constantly carried out repair works of the departments, lift facilities were completely replaced, in addition, there were elevators even in those buildings where previously they were not. In all treatment departments were equipped and re-equipped with recreation rooms for patients.

Under the library was allocated new room, small library appeared in all departments.

Drozdov E.S. paid great attention to the organization of the treatment process, improve the quality and culture of medical care contributed to the introduction of new methods of diagnosis and treatment of the patients, as well as the humanization of the relationship of medical staff to patients. The first years of the work of Edward Semenovich as a chief physician coincided with the introduction of new, atypical antipsychotics, and he strongly encouraged this process. Not a week goes by in the hospital were carried out conferences, seminars, which were the leading scien-

tists of Moscow, shared their experience with new treatment medicaments. Lifting received psychotherapy and psychorehabilitation directions.

Sharply increased the staff of practicing psychologists, appeared and began to work actively professionals in social work, cultural workers, was created the art-studio, the group psychotherapeutic work has gained widespread not only in sanatorium departments, but also in the departments of closed type, was organized the Council of relatives of hospital patients. In leading a large team, E.S. Drozdov tried educate every employee conscious attitude to their professional duties, paid constant attention to work with young doctors.

He organized close cooperation with the Center of Advanced Studies and with departments that regularly carried out the field training in the hospital. Weekly seminars for young doctors (and this tradition has survived to this day). Special care of Edward Semenovich was the Nurses Service of the hospital. In the morning he personally came to the department and participated in nursing staff meetings, learned of the first hand about the problems of maintenance and care of patients sought to optimize the nursing work, reduce epy «Turnover» of personnel – primary and secondary medical personnel. At the initiative of Eduard Semenovich began regularly nurse conferences, competitions for the title of «Best Nurse» in the hospital.

The winners took part in a competition among Nurses of hospitals of SEAD, sought rank winners and there. Drozdov E.S. proposed to organize amateur performances by the staff of the hospital, it still ranks are constantly replenished and updated.

Members of amateur hospital and now organize holiday concerts for employees and patients. In addition, Edward Semenovich constantly sought to improve the nutrition of patients, he organized a large-scale repairs and modern facilities catering, a lot of time and efforts spent on the careful selection of competent, highly professional, conscientious staff for this department of the hospital.

Despite the years, Edward Semenovich Drozdov was always active, willing to participate in public life of the city, he was a deputy of the municipal assembly of district Lublino, was one of the founding fathers of the Regional public organization «Club of Psychiatrists» worked with the editorial board of the newspaper «Ariadne's thread», etc.

And most important, despite the mountains of organizational work, Edward Semenovich remained an excellent doctor. He loved patients, and they responded to him in return. It was not the day that near his cabinet did not stand a line of patients, both new and old, that even in the case of recovery, did not break ties with him for many years and decades. He was very interested in what's new medicine, was literally infected with the ideas of metabolic, biotic treatment of alcoholism and drug addiction, study of complications neuroleptic therapy, willingly participated in the testing of new medicaments, forms and methods of treatment.

Drozdov E.S. – The author of more than 60 scientific and scientific-popular works, including monographs.

Edward Semenovich was awarded many orders and medals: «The Order of Hippocrates», «For merits in the development of medicine and public health», «Veteran of Labour», «For the name of life on earth», «For Faith and Service of Russia», «Defender of borders of the Fatherland», a memorable sign «For courage and love to the Fatherland». E.S. Drozdov was the man who concentrated in himself the most wonderful human qualities. He was a smart and insightful, with a good sense of humor, irony and selfirony.

His kindness and compassion, simplicity and openness have attracted people to him. He simply responded the needs of the staff was always willing personally to be involved in their fate, to alleviate their problems. Of course, like every human, he could be angry, but was never spiteful. All this attracted to him all kinds of people, he had a lot of friends, relations with whom he maintained for many years.

Leaving from life of Eduard Semenovich was suddenly as it says «on the rise». E.S. Drozdov enjoyed great respect and authority in the team. That's what colleagues wrote in obituary with the sudden death of Eduard Semenovich at 23rd of August, in 2011:

«Eduard Semenovich – was a human of extraordinary destiny and exceptional strength of the spirit, his remarkable qualities and vocation led him to the most complex and humane profession in Medicine – Psychiatry. Since 1999, Eduard Semenovich – is our chief physician, our colleague and mentor, our teacher and a senior fellow.

A wise leader, a sensitive psychologist and a doctor the grace of God, all these years, he taught us for the benefit of patients, transferring his invaluable experience gained over decades. He rallied the team, made his big family, he was the father of the family. The bright memory of Eduard Semenovich will eternally live in the hearts of his colleagues, students, friends.

Our grief is immeasurable ...»

***Inna Alexandrovna Zrazhevskaya,***

*Head of the Department of Clinical Narcology of Research Institute of Addiction – a branch of the «V. Serbsky FMRCPN» of the Ministry of Health of the Russian Federation.  
M.D., Ph.D., Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of Medical institute of Peoples' Friendship University of Russia*

(biography compiled on the basis of memories of the colleagues, friends, relatives of E.S. Drozdov, as well as of the data of Internet-resources)

## ПРЕДИСЛОВИЕ

---

### *ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЙ КОЛЛЕГА!*

Вы держите в руках сборник материалов Третьей ежегодной научно-практической конференции с международным участием «Дроздовские чтения», посвященной памяти одного из ведущих специалистов в области психиатрии и наркологии Российской Федерации, выдающегося организатора здравоохранения Эдуарда Семеновича Дроздова.

Инициатором проведения конференции была наша кафедра, так как ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» (*главным врачом которой Э.С. Дроздов был в течение 12 лет, начиная с 1999 г. и до последних дней своей жизни*) является клинической базой кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института РУДН. Данное предложение было с энтузиазмом поддержано главным врачом, к.м.н. Алексеем Юрьевичем Тер-Израеляном и всеми сотрудниками больницы. Также на данную инициативу откликнулись члены Региональной общественной организации «Клуб психиатров» (одним из основателей которой являлся Э.С. Дроздов) и Кафедра психиатрии и медицинской психологии Лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Кроме того, проведение Дроздовских чтений поддержали

ближайшие родственники Эдуарда Семеновича – супруга Надежда Александровна и сын Филипп Эдуардович.

Первые Чтения состоялись 18 ноября 2014 года. В них приняли участие главные врачи, заместители главных врачей, специалисты из всех лечебных учреждений психиатрического и наркологического профилей Москвы и Московской области, депутаты, работники социальной защиты, руководители и представители профессиональных и общественных организаций. В ходе конференции было принято решение сделать Дроздовские чтения ежегодными.

В заключительной части первой научной сессии с воспоминаниями об Э.С. Дроздове выступили его коллеги, родственники и друзья.

Прозвучало много теплых и искренних слов об Эдуарде Семеновиче как о высокопрофессиональном специалисте, выдающемся организаторе здравоохранения и просто прекрасном, порядочном человеке. Надежда Александровна Дроздова поблагодарила организаторов и участников конференции за память о супруге. Слова особой благодарности из уст родных, друзей и коллег Эдуарда Семеновича прозвучали в адрес профессора нашей кафедры, д.м.н. Инны Александровны Зражевской, которая предложила основать Дроздовские чтения и взяла на себя все заботы по их организации.

В прошлом (2015-м) году научная сессия стала юбилейной, в связи с тем, что она была посвящена 80-летию со дня рождения Э.С. Дроздова. Заседания проходили в течение 2-х дней, в работе конференции приняли участие как отечественные, так и зарубежные специалисты. Учитывая, что Эдуард Семенович проявил свои выдающиеся профессиональные способности как врач и как организатор, и в психиатрии и в наркологии, в повестку сессии были включены вопросы диагностики и терапии заболеваний психиатрического и наркологического профилей, а также сочетанных заболеваний.

Так как Э.С. Дроздов был истинным апологетом реабилитационного направления в психиатрии-наркологии (*он*

*создал эффективный лечебно-производственный комплекс на заводе им. И.А. Лихачева, где заложил основы реабилитации больных алкоголизмом в условиях промышленного предприятия*), в рамках конференции состоялось заседание секции, посвященной современным вызовам в этой сфере: «Актуальные проблемы лечения и социальной реабилитации зависимости от психоактивных веществ – международная интеграция для поиска решений».

В этом году в структуру работы конференции были добавлены образовательные мероприятия для врачей:

– научно-образовательный семинар: «Комплексный лечебно-реабилитационный процесс в наркологии»;

– лекция: «Доказательная медицина и проблемы российской наркологии»;

– научно-образовательный симпозиум: «Ингаляционное употребление психоактивных веществ в молодежной среде – глобальная проблема здравоохранения», которые впервые в РФ были признаны соответствующими требованиям Координационного совета по развитию непрерывного медицинского образования (НМО) Минздрава России и аккредитованы в системе НМО в размере 6 кредитов по специальности «психиатрия-наркология» для целевой аудитории: психиатры-наркологи, психиатры, психотерапевты.

Кроме того, 16.11.16 г. в рамках конференции состоялась Всероссийская акция по обучению сотрудников центров медицинской и социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ (на безвозмездной основе). В программу вошли: мастер-классы, семинары, лекции, воркшопы, лекторами-ведущими которых являлись сотрудники нашей кафедры, специалисты НИИ наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, профессионалы из Санкт-Петербурга. В ходе образовательных мероприятий много времени отводилось на непосредственное общение лектора-ведущего со слушателями, в том числе

на ответы на вопросы и дискуссии. При этом ряд занятий предполагал непосредственное участие обучающихся в групповой или индивидуальной работе (мастер-класс по психодраме; мастер-класс по работе с метафорическими картами). В обучении приняли участие около 150 сотрудников из разных уголков России (Москвы и Московской области, Ростова-на-Дону, Хакасии, Сочи, Уфы, Воронежа, Оренбурга, Кемерово, Твери, Рязани, Санкт-Петербурга и др.).

Также очень большой интерес у профессионалов, работающих в области психиатрии-наркологии, вызвала Торжественная Церемония награждения лауреатов и дипломантов I Международного Конкурса программ профилактики, реабилитации и ресоциализации в сфере охраны психического здоровья «ОСОЗНАННЫЙ ВЫБОР», которая прошла в Большом зале ЦДУ РАН 15.11.16 г. Организаторами данного Конкурса выступили: ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России и наша кафедра. Победители и призеры Конкурса получили дипломы и ценные подарки – современные и необходимые для повседневной работы в реабилитационном центре девайсы. Лучшие центры реабилитации зависимых от психоактивных веществ РФ и зарубежья, представившие свои материалы на Конкурс, были отобраны для участия в выставке, которая 15.11.16 г. располагалась в Большом фойе перед входом в Большой зал Центрального Дома ученых Российской академии наук.

В целом, в Конференции приняли участие около 550 человек, как из Российской Федерации, так и из зарубежных стран (Израиля, Украины, Армении, Узбекистана, Грузии, Беларуси). Немаловажным являлся тот факт, что вход на все мероприятия в рамках Конференции был свободным и не требовал оплаты, что позволило принять участие всем желающим.

Учитывая, что Э.С. Дроздов был глубоко верующим человеком и одним из первых в отечественной наркологии, кто установил связь с Русской православной церковью, мы по-

просили выступить с воспоминаниями о нем Председателя Совета Межрегионального Общественного Движения в поддержку семейных клубов трезвости, члена Исполкома Всероссийского общества православных врачей имени священно-исповедника архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого), члена церковно-общественного совета по биомедицинской этике Бабурина А.Н., который был лично знаком с Эдуардом Семеновичем. Алексей Николаевич отметил как высокие профессиональные, так и значимые духовно-нравственные качества Эдуарда Семеновича и пожелал долгих лет жизни Дроздовским чтениям.

Мы чтим память Эдуарда Семеновича Дроздова, он продолжает жить в сердцах коллег, учеников, друзей и близких.

*Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии  
Факультета повышения квалификации медицинских работников  
Медицинского института ФГАОУ ВО  
«Российский университет дружбы народов»,  
Главный врач ГКУЗ «Психиатрическая больница № 5 ДЗМ»,  
к.м.н. Александр Сергеевич Березкин*

## PREFACE

---

### *DEAR COLLEAGUES!*

We invite You to participate in the Annual scientific-practical conference with international participation «Drozdovski readings», dedicated to the memory of one of the leading specialists in the field of psychiatry and narcology of the Russian Federation, a prominent organizer of Health Eduard Semenovich Drozdov.

The initiator of the conference was our Department as SBIH «Psychiatric Hospital № 13 of Moscow Health Department» (Chief physician of which was E.S. Drozdov during 12 years, starting from 1999 and until the last days of his life) is the clinical base of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of Medical Institute of PFUR.

This proposal was enthusiastically supported by the collective of SBIH «Psychiatric Hospital № 13 of Moscow Health Department» headed by the Chief physician, Ph.D. Alexei Yuryevich Ter-Israelyan. Also on this initiative responded the members of the Regional public organization 39 «Club of Psychiatrists» (one of the founders of which was E.S. Drozdov) and the Department of psychiatry and medical psychology of the Faculty of medicine of Pirogov Russian National Research Medical University. In addition, conducting the Drozdovski readings were supported by Eduard Semenovich closest relatives – wife Nadezhad Alexandrovna and son Philip Eduardovich.

The First Reading took place on the 18th of November, 2014.

Head physicians, deputies of chief physicians, specialists from all medical institutions of the psychiatric and narcological profiles of Moscow and the Moscow region, the deputies, workers of social protection, chiefs and representatives of professional and community organizations participated in this scientific session. During the first conference it was decided, that Drozdovski readings must be the annual. In the final part of the first scientific session colleagues, relatives and friends of E.S. Drozdov spoke with the memories about him. There were a lot of warm and sincere words about Edward Semenovich as a highly qualified specialist, outstanding organizer of Health and just great, decent human. Nadezhda Alexandrovna Drozdova thanked the organizers and participants of the conference for the memory of E.S. Drozdov. Words of special gratitude from relatives, friends and colleagues of Eduard Semenovich, were addressed to Professor of our Department, Doctor of Medical Sciences Inna Alexandrovna Zrazhevskaya, which proposed to establish the Drozdovski readings and took care of all solicitudes of their organization.

This year will be the Jubilee scientific session, due to the fact, that it will be dedicated to the 80th anniversary from the birthday of E.S. Drozdov. The meetings will be held during 2 days, in the conference will take part both domestic and foreign specialists. Given that Eduard Semenovich demonstrated his outstanding professional abilities as a doctor and as an organizer, both in psychiatry and narcology, in the agenda of the session will include questions of diagnostics and treatment of diseases of mental and narcological profiles and also comorbid diseases. As E.S. Drozdov was a true apologist of the rehabilitation direction in psychiatry and narcology (he created the effective medical-industrial complex at the plant n.a. I.A. Likhachev, where he laid the basis of rehabilitation of patients with alcohol dependence in the conditions of industrial enterprise), in the 40 framework of the conference will be a meeting of the section, devoted to the

modern challenges in this field: «Actual problems of treatment and social rehabilitation of addiction from psychoactive substances – international integration for searching the solutions».

We honor the memory of Eduard Semenovitch Drozdov, he continues to live in the hearts of colleagues, followers, friends and family – all those, who had the good fortune to communicate with him.

*Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy  
of the Faculty of advanced training of medical workers  
of Medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia;  
Chief physician of SOIH «Psychiatric Hospital № 5 DHM», Ph.D.  
**Alexandr Sergeevich Berezkin***

**КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ  
С КОМОРБИДНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ  
ПАТОЛОГИЕЙ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**В.К. Абдуллаева**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии,  
медицинской психологии и психотерапии*

ТАШКЕНТ (УЗБЕКИСТАН)

---

**CLINICO-DYNAMIC FEATURES OF OPIOID  
DEPENDENCE WITH COMORBID SOMATIC  
PATHOLOGY AT DIFFERENT STAGES  
OF THE DISEASE**

**V.K. Abdullaeva**

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of Psychiatry,  
Addiction, child psychiatry, medical psychology  
and psychotherapy*

TASHKENT (UZBEKISTAN)

---

Проблема наркомании является в настоящее время одной из острейших глобальных проблем, представляющих собой угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере, правопорядку во многих странах мира. По оценкам УНП ООН, число потребителей опиатов (т.е. опия, морфина и героина) во всем мире составило около 17 млн человек, в это число входят 12 млн человек, употребляющих наркотики пу-

тем инъекций (UNODC, 2016). Употребление инъекционных наркотиков существенным образом способствует эпидемии гепатита В и С во всех регионах мира.

**Цель исследования** – исследовать влияние сопутствующей патологии (хронический вирусный гепатит В и С) на клинико-психопатологические нарушения в процессе актуализации патологического влечения к наркотику.

**Материалы и методы исследования.** В проспективное исследование включено 346 лиц, в том числе 331 (95,7 %) мужского пола в возрасте от 17 до 56 ( $32,8 \pm 0,39$ ) и 15 (4,3 %) женского пола в возрасте от 22 до 36 ( $28,5 \pm 1,46$ ) лет с зависимостью от опиоидов. Диагноз устанавливался согласно МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением опиоидов; синдром зависимости (код F11.2). Основная исследуемая группа зависимых от опиоидов, сочетающейся с соматическими расстройствами (хронические вирусные гепатиты В и С), составила 184 (53,2 %) человека в возрасте 17–56 лет. Группа сравнения ( $n=162$ ) представлена зависимыми от опиоидов без соматического заболевания. Данные по основным соматическим расстройствам в основной группе исследования: наличие хронических вирусных гепатитов В (ХВГВ) и хронических вирусных гепатитов С (ХВГС). Диагноз хронического вирусного гепатита В и С выставлялся терапевтом после верификации соответствующих серологических маркеров – HbSAg и анти HCV в лаборатории. Применялись клинико-психопатологический метод, а также использовалась клиническая шкала квалифицированных оценок патологического влечения М.А. Винниковой (1999).

**Результаты исследования.** Одним из основных проявлений синдрома зависимости от опиоидов, который возникает после прекращения длительного интенсивного употребления наркотика, является опийный абстинентный синдром (ОАС). Клиника ОАС выражена соматовегетативными и психопатологическими расстройствами, в том числе аффек-

тивными нарушениями. Абстинентный синдром у пациентов группы сравнения развивался в основном через 7–8 (48,1 % – 78 пациентов) – 8–10 (37,1 % – 60 пациентов) часов после последней инъекции наркотика. Выявлено, что в основной группе отмечается сравнительно более раннее формирование отчетливых признаков абстинентного синдрома ( $P < 0,01$ ). Период формирования «плато» толерантности в основной группе пациентов составил  $2,8 \pm 0,6$  месяцев, в группе сравнения –  $3,6 \pm 1,2$  мес., что свидетельствует о более раннем периоде формирования «плато» в отношении используемого наркотика. Необходимо отметить, что максимальной выраженности острые абстинентные расстройства достигали на 2–3 сутки отнятия наркотика, а их продолжительность составила 4–8 дней. На основании проведенного клинико-психопатологического обследования были установлены существенные межгрупповые различия по тяжести клинических проявлений абстинентного синдрома. Можно отметить более быстрый темп нарастания выраженности клинических проявлений абстинентного синдрома у зависимых от опиоидов с коморбидной патологией.

Проведенный анализ показал, что степень тяжести абстинентного синдрома в основной группе была расценена как тяжелая у 144 (78,3 %) пациентов, средняя – у 40 (21,7 %). Оказалось, что тяжелая степень абстинентного синдрома встречалась в контингенте основной группы в 1,4 раза чаще, чем в группе сравнения ( $P < 0,001$ ).

Следует отметить, что периодически возобновляющаяся болевая симптоматика наблюдалась и в постабстинентном состоянии. Связано это было, как правило, с обострением патологического влечения к наркотику (ПВН).

В ходе исследования мы провели сравнительный анализ выраженности компонентов ПВН у пациентов основной группы и группы сравнения в постабстинентном периоде, который показал, что количественная оценка патологического влечения к опиоидам составила в сумме в основной груп-

пе  $15,3 \pm 0,3$  балла, что свидетельствует о тяжелой степени выраженности ПВН. У пациентов группы сравнения общий балл ПВН был достоверно в 1,2 раза ниже и составил  $12,9 \pm 0,3$ , что также свидетельствует о тяжелой степени ПВН ( $P < 0,001$ ). Идеаторный компонент, характеризующийся наличием мыслей о желании употребить наркотик, в основной группе составил  $2,7 \pm 0,1$  балла, что превышало аналогичный показатель в группе сравнения –  $1,8 \pm 0,1$  балла ( $P < 0,001$ ). Аффективный компонент в структуре патологического влечения к наркотику проявлялся снижением настроения в виде скуки, вялости, пассивности, неразговорчивости, медлительности, тревогой, дисфориями. В основной группе пациентов с коморбидными хроническими вирусными гепатитами В и С он составил  $8,4 \pm 0,1$  балла, тогда как в группе сравнения –  $7,3 \pm 0,1$  балла ( $P < 0,001$ ).

Поведенческий компонент в структуре патологического влечения к наркотику в исследуемых группах имел место в виде просьб о дополнительных медикаментозных назначениях, враждебности, агрессивности, негативизма, возбуждения, вплоть до двигательной ажитации. Данный показатель составил в основной группе пациентов  $2,1 \pm 0,1$  балла, в группе сравнения –  $1,8 \pm 0,1$  балла ( $P < 0,05$ ). Нарушения сна имели одинаковую степень выраженности в исследуемых группах и составили  $2,0 \pm 0,1$  и  $2,1 \pm 0,1$  баллов в основной и группе сравнения соответственно. Распределение частоты патологического влечения к наркотику показало, что средняя степень тяжести влечения в основной группе и группе сравнения составила 60,9 % и 87,7 % соответственно. Необходимо отметить, что в основной группе пациентов ПВН тяжелой степени выраженности было значимо выше, чем в группе сравнения (36,9 % против 8,6 %,  $P < 0,001$ ).

На основании представленных данных были установлены значимые различия между рассматриваемыми группами по тяжести синдрома патологического влечения к наркотику, максимально представленного в основной группе.

Принимая тот факт, что клинико-динамические механизмы патологического влечения при зависимости от опиоидов являются причинным фактором развивающихся нарушений адаптации, можно предположить, что фактор коморбидности оказывает неоднозначное влияние на степень выраженности основных симптомов ПВН.

Таким образом, полученные результаты в целом подтверждают закономерности, выявленные при анализе степени выраженности основных психопатологических проявлений в рассматриваемых клинических группах. Подробный анализ клинико-динамических особенностей зависимости от опиоидов на разных этапах заболевания способствовал выявлению значимых различий в становлении и течении зависимости от опиоидов с коморбидными соматическими расстройствами.

# **СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ И МИКРОСОМАЛЬНОЙ ФРАКЦИЯХ ПЕЧЕНИ НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ НАРКОТИЗАЦИИ ОПИАТАМИ**

**В.К. Абдуллаева**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт  
кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии,  
медицинской психологии и психотерапии*

ТАШКЕНТ (УЗБЕКИСТАН)

---

## **STATUS OF THE ANTIOXIDANT SYSTEM IN THE MITOCHONDRIAL AND MICROSOMAL FRACTIONS OF THE LIVER IN AN EXPERIMENTAL MODEL OF OPIATE DRUG ADDICTION**

**V.K. Abdullaeva**

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of Psychiatry,  
Addiction, child psychiatry, medical psychology  
and psychotherapy*

TASHKENT (UZBEKISTAN)

---

Митохондриальная дисфункция – это наиболее частая форма лекарственного (токсического) поражения печени, больше проявляющаяся при подостром и хроническом воздействии. Микросомальная система (МОС) является естественным источником активных форм кислорода (АФК), образующихся в процессе функционирования оксигеназ, обеспечивающих химическую модификацию ксенобиотиков и эндогенных субстратов. Наличие мощной антиоксидантной системы (АОС) гепатоцитов в норме сдерживает рост АФК,

предотвращая развитие избыточной перекисидации и предохраняя макромолекулы от окислительной модификации.

**Цель исследования** – определение уровня генерации АФК и состояние АОС в субклеточных фракциях печени при острой и хронической наркотизации опиатами в эксперименте.

**Материал и методы исследования.** Эксперимент проводили на белых беспородных половозрелых крысах-самцах в 2-х сериях опытов. В 1-й серии экспериментов проведено моделирование острой интоксикации опиатами (однократное внутрижелудочное введение опиатов). Во 2-й серии опытов моделировали хроническую интоксикацию (10-кратное внутрижелудочное введение опиатов). Интенсивность генерации АФК исследовали на 3, 7 и 14 сутки после прекращения введения опиатов.

**Результаты исследования.** Как показали наши результаты, в 1-й серии опытов в митохондриальной фракции (МХ) гепатоцитов содержание общего белка значимо не изменялось относительно контроля, что указывает на структурное постоянство митохондрий гепатоцитов при непродолжительной наркотизации. Уровень малонового диальдегида (МДА) был значимо увеличен, причем с максимумом на третьи сутки (в 1,22 раза относительно контроля). На 7 и 14 сутки концентрация МДА в МХ фракции печени была сравнима с контролем ( $P > 0,05$ ), равно как и активность каталазы, которая не изменялась. При проведении 2-й серии опытов – моделирование длительной наркотизации – обнаружено, что в МХ фракции печени интенсивность окислительного стресса (ОС) после отмены наркотика выражена сильнее. Количество МДА в МХ фракции на третьи сутки было увеличено в 1,7 раза относительно контроля, незначительно снижалось к 7 суткам, оставаясь выше контроля в 1,2 раза на 14 день наблюдения после длительной наркотизации. Активность каталазы в МХ фракции печени была достоверно снижена во все сроки наблюдения.

Сравнительный анализ результатов 1-й и 2-й серий экспериментов показал, что при острой наркотизации в МХ фракции печени проявления ОС мало выражены, а активность АОС не нарушена, усиление генерации АФК наблюдается лишь в начальном периоде интоксикации, купируясь к 7 суткам. Компенсированный ОС в МХ фракции печени при острой наркотизации свидетельствует о достаточной мощности антиоксидантного резерва печени, что предотвращает нарушение целостности и функционирования МХ, обеспечивая адекватный энергетический обмен и жизнеспособность гепатоцитов. При длительной наркотизации в МХ фракции печени развивается выраженный ОС на фоне угнетения АОС, что указывает на декомпенсацию антиоксидантной системы МХ печени. Истощение АОС МХ печени при этом способствует длительной персистенции ОС вплоть до 14 суток после отмены опиатов. Это может быть предпосылкой для нарушений функционирования гепатоцитов, в том числе МОС и усугубления постабстинентного периода при длительной наркотизации.

Изучение интенсивности генерации АФК в микросомальной фракции (МС) печени при наркотизации опиатами показало, что как при остром, так и хроническом использовании наркотического вещества отмечается достоверное увеличение МДА в суммарной МС фракции гепатоцитов. Пик увеличения концентрации МДА в МС фракции печени отмечался в ранние сроки после прекращения введения наркотика, причем интенсивность прироста этого показателя была более выражена во 2-й серии экспериментов – при длительной наркотизации. В периоде абстиненции после длительной наркотизации (2-я серия опытов) уровень МДА был увеличен в 6,4 ( $P<0,001$ ) раза на 3 сутки наблюдения, оставался выше контроля в 5,4 ( $P<0,001$ ) и 4,6 ( $P<0,001$ ) раза – на 7 и 14 сутки. После острой интоксикации (1-я серия опытов) уровень МДА превышал контроль в 2,9 ( $P<0,05$ ), 2,5 ( $P<0,05$ ) и 2,0 ( $P<0,05$ ) раза на 3, 7 и 14 сутки соответственно. Различия

уровня МДА между сроками наблюдения были достоверны ( $P < 0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют о значительной генерации АФК в МС фракции печени, что видимо, и послужило причиной нарушения синтетических процессов в эндоплазматическом ретикулуме. Данный процесс отразился и на деструкции белковых молекул, что привело к значительному увеличению среднемолекулярных пептидов (СМП). Уровень СМП был значительно выше во все сроки наблюдения во 2-й серии опытов: 2,5, 2,2 и 1,6 раза относительно контроля на 3, 7 и 14 сутки эксперимента соответственно. В первой серии опытов СМП в МС фракции печени было увеличено в 1,7, 1,6 и 1,2 раза на 3, 7 и 14 сутки соответственно. Активность каталазы МС фракции печени была достоверно увеличена относительно контроля во все сроки наблюдения как в 1-й, так и во 2-й серии опытов. Однако после острой интоксикации имелась тенденция к снижению активности фермента в динамике к 14, тогда как после хронической наркотизации (2-я серия опытов) активность каталазы во все сроки наблюдения была увеличенной, достоверно не отличаясь на 3, 7 и 14 сутки эксперимента.

Полученные результаты указывают на мембранодеструктивные процессы в МС после прекращения введения опиатов при моделировании острой и хронической наркотизации на фоне напряжения антиоксидантной системы. Это необходимо учитывать, т.к. избыточная генерация АФК и продукты липопероксидации, молекулярные продукты деградации белков оказывают негативное влияние на активность ферментов МОС, участвующих в катаболизме опиоидов и других ксенобиотиков.

**Выводы.** Таким образом, МС фракции печени оказывают весомый вклад в развитие ОС в печени, при этом усиление генерации АФК может быть обусловлено активацией микросомальных оксигеназ, участвующих в детоксикации опиатов, а также гепатотоксичностью последних. Следстви-

ем усиления генерации АФК в МС является мембранодеструктивные процессы, сопровождающиеся протеолизом и накоплением СМП. Изменения активности каталазы в МС при наркотизации опиоидами указывают на индукцию фермента и максимальное напряжение АОС, следствием чего может быть ее истощение.

Полученные результаты указывают на необходимость включения жирорастворимых антиоксидантов и мембраностабилизаторов для ингибирования избыточной продукции АФК в МС и адекватного функционирования ферментов 1-й и 2-й фаз детоксикации опиатов в печени, а также для восстановления депо АОС в печени. Это послужит молекулярной основой для купирования ОС как в печени, так и в крови, обеспечивая оптимизацию течения абстинентного синдрома, особенно при коморбидности с поражением печени.

# ПСИХОТЕРАПИЯ, НАПРАВЛЕННАЯ НА ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ

**Т.В. Агибалова<sup>1,2</sup>, Д.С. Вальчук<sup>1</sup>, Г.Л. Гуревич<sup>2</sup>,  
О.Ж. Бузик<sup>2</sup>, О.Д. Тучина<sup>2</sup>, Н.М. Курлович<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России*

<sup>2</sup>*Кафедра психотерапии и медико-социальной реабилитации  
в наркологии ФПК МР ФГАОУ ВО  
«Российский университет дружбы народов»*

<sup>3</sup>*Клиника психического здоровья и лечения зависимостей  
«Rehab Family»*

МОСКВА, РОССИЯ

---

## ANTI-CRAVING PSYCHOTHERAPY FOR ALCOHOL DEPENDENCE

**T.V. Agibalova<sup>1,2</sup>, D.S. Valchuk<sup>1</sup>, G.L. Gurevich<sup>2</sup>,  
O.Zh. Buzik<sup>2</sup>, O.D. Tuchina<sup>2</sup>, N.M. Kurlovich<sup>3</sup>**

*Moscow Research Institute of Psychiatry – a subdivision of V. Serbsky  
Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology*

<sup>2</sup>*Peoples' Friendship University of Russia, the Department of Psychotherapy  
and Medical and Social Rehabilitation for Substance Use Disorders,  
the Faculty of Advanced Training of Medical Workers*

<sup>3</sup>*«Rehab Family» – Mental Health and Addiction Treatment Clinic*

MOSCOW, RUSSIA

---

Патологическое влечение к алкоголю (ПВА) – важнейший этиопатогенетический фактор продолжения употребления алкоголя пациентами с синдромом зависимости (АЗ). Метод «Психотерапия, направленная на купирование

**ПВА»** обеспечивает дифференцированный, индивидуализированный подход к лечению АЗ.

**Материалы и методы.** Апробация и исследование эффективности метода проводилось в г. Москве на базе стационаров клиники ННЦН МЗ РФ и частной наркологической клиники с 2010 по 2014 г. Обследована выборка из 175 человек, 150 включены в основную (N=75) и контрольную (N=75) группы исследования. Критерии включения: мужской пол, диагноз «Синдром зависимости от алкоголя» (F 11.2, МКБ-10). Критерии исключения: сопутствующие синдромы зависимости (кроме никотиновой); эндогенные психические заболевания, острые психозы; органические заболевания ЦНС; обострение хронических заболеваний, включая СПИД. Включение в группы регулировалось случайным выбором. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.

**Организация исследования.** *Основная группа* получала лечение «ПТ, направленной на купирование ПАВ», сочетающей приемы психообразования, когнитивной ПТ, поведенческие, неспецифические (например, медитации) и поддерживающие техники, и состоящей из 3-х этапов:

1. Начальный диагностический и мотивирующий – 2 встречи (по 30 – 45 минут).

2. Лечебный (за 30 дней наблюдения) – 8–12 *индивидуальных* встреч по 45–60 минут (до 12 часов) 2–3 раза в неделю; *групповые психообразовательные встречи* по 45–60 минут (1 раз в день, 5 дней в неделю); *терапевтические группы*, по 60–90 минут (до 30 часов).

3. Индивидуальные встречи по необходимости/инициативе врача-нарколога для констатации сохранения эффектов.

*Контрольная группа* получала стандартное лечение в эквивалентном по времени объеме: возможность взаимодействовать с наркологом, включая консультирование по вопросам лечения и иным проблемам; групповые психообразовательные сеансы; индивидуальные встречи по 45–60 минут (до 12 часов) без психотерапевтической коррекции. Группы

получали стандартизированную фармакотерапию АЗ с применением витаминотерапии; психотропные препараты не использовались.

**Шкала В.Б. Альтшулера** использовалась для оценки компонентов и психопатологической структуры синдрома ПВА. Различия между группами анализировались с помощью U-критерия Манна-Уитни.

**Результаты.** Параметры ПВА для обеих групп оценивались в динамике. В основной – наблюдалось постепенное ослабление симптомов ПВА, а именно вегетативных, идеаторных и поведенческих. Аффективные симптомы были наиболее стойкими. Общая выраженность симптоматики ПВА снижалась: уменьшалась фиксация на алкогольной тематике, воспоминаниях, сновидениях, выравнивался аффективный фон. Отмечались отдельные колебания настроения при затрагивании болезненных и значимых тем. Углублялась критика заболевания, увеличивалась заинтересованность в лечебном процессе в отношении физиологических последствий АЗ, ее психологических механизмов и идентификации их у себя.

При оценке значимости межгрупповых различий по показателям симптомов ПВА в динамике при 2-м тестировании выявлены значимые различия по степени выраженности аффективных и поведенческих симптомов ПВА, которые хуже снижались в контрольной группе. Различия в симптомах ПВА сохранились после года наблюдений: в основной группе снижение продолжалось, улучшались способы совладания с симптомами ПВА, а в контрольной – усиливалась поведенческая и идеаторная симптоматика при отсутствии снижения по другим параметрам.

**Обсуждение.** ПТ, направленная на купирование ПВА, рассматривает ПВА как особый симптомокомплекс и главную мишень при АЗ. Его успешность определяется четким фокусом на очевидных (для пациента) симптомах, и значимых (с позиции психотерапевта) мишенях, что позволяет

уменьшить сопротивление изменениям и повысить мотивацию больных. Метод предполагает тщательный анализ симптомов ПВА и способов совладания с ними, расширение ресурсов средств совладания, позитивную утилизацию опыта срыва и рецидива для снижения их патогенности и т.д. Предварительные результаты оценки эффективности предполагают, что симптомы ПВА являются достаточно стойкими, и при отсутствии специальной работы с ними снижаются медленнее за время наблюдения (12 месяцев). Однако полученная к концу периода разница в выраженности симптомов и уровне ПВА говорит о возможности психотерапевтической коррекции уровня ПВА, независимо от медикаментозного лечения, эквивалентного в обеих группах.

# **ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Т.В. Агibalова<sup>1,2</sup>, П.В. Тучин<sup>1</sup>,  
О.Д. Тучина<sup>2</sup>, А.В. Смышляев<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *НИИ наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный  
медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ*

<sup>2</sup> *ФГАОУ ВО «РУДН», кафедра психотерапии  
и медико-социальной реабилитации в наркологии факультета  
повышения квалификации медицинских работников*

<sup>3</sup> *ФГБУ «ЦНИИОИЗ МЗ РФ»*

МОСКВА (РОССИЯ)

---

## **PSYCHOTHERAPY FOR REHABILITATION OF PATIENTS WITH SUBSTANCE USE DISORDERS**

**T.V. Agibalova<sup>1,2</sup>, P.V. Tuchin<sup>1</sup>, O.D. Tuchina<sup>2</sup>,  
A.V. Smishlyaev<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *Moscow Research Institute of Psychiatry - a subdivision of V. Serbsky  
Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology*

<sup>2</sup> *Peoples' Friendship University of Russia, the Department of Psychotherapy  
and Medical and Social Rehabilitation for Substance Use Disorders,  
the Faculty of Advanced Training of Medical Workers*

<sup>3</sup> *Federal Research Institute for Health Organization and Informatics  
of Ministry of Health of the Russian Federation*

MOSCOW, RUSSIA

---

**Медицинская реабилитационная программа (МРП)** включает *медицинский* (диагностика; проведение фармако- и психотерапии); *психологический* (консультирование, психокоррекция, психообразовательная работа); *психотерапевтический* (групповая и индивидуальная психотерапия (ПТ)) и *социальный* (работа с социальной системой, реабилитационные социальные услуги) блоки.

Психотерапия (ПТ) в реабилитации – это целенаправленная профессиональная помощь в изменении и восстановлении нарушенной деятельности организма до здорового состояния психологическими средствами для устранения личностных и поведенческих расстройств, оптимизации межличностных отношений, усиления мотивов на участие в МРП, отказ от употребления ПАВ и ресоциализацию. Выбор и продолжительность методов ПТ определяется уровнем реабилитационного потенциала, особенностями клиники основного заболевания, личностного и социального статуса больного. Обязательным является осуществление одного из следующих методов: когнитивная, бихевиоральная, психодинамическая, гуманистическая, семейная ПТ.

**Мотивационная ПТ и мотивационное интервью (МИ).** Проводятся в обязательном порядке на всех этапах МРП. Направлены на вовлечение пациентов в МРП и их удержание.

**Когнитивно-поведенческая психотерапия (КБТ)** применяется на всех этапах ПТ пациента во время реабилитационного процесса. Базируется на идее о том, что можно изменять эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей. Рекомендуются от 20 до 40 психотерапевтических сессий. Среди методов КБТ в рамках МРП можно выделить **комплаенс-психотерапию (КП)**, сочетающую МИ с внедрением активных терапевтических установок, направленным решением проблем, образовательными и когнитивными компонентами, цель которых – формирование высокой приверженности лечению у низко-мотивированных и резистентных пациентов. Рекомендуются от 4 до 8 сессий.

**Клиент-центрированная ПТ** применяется как концептуальный подход, «установка» терапевта по отношению к пациенту, и как отдельный метод работы (20–40 сессий). В основе лежит гуманистическая концепция личности. Основное лечебное средство – способность врача создать обстановку безопасности для личности пациента за счет недирективной позиции и эмпатии. В этих условиях пациент изменяется, развивается как личность в нужном направлении, что приводит к редукции симптоматики. Эмпатические принципы прослеживаются в МИ, программах «12 шагов» терапевтических сообществ (ТС).

**Психодинамическая ПТ** помогает понять глубинный личностный смысл зависимости, сфокусировать внимание на «центральных темах конфликтных отношений» и постепенно дезактуализировать патологическое влечение. В основе лежит психоаналитическая теория о приобретенных и закреплённых в детстве негативных опытах, ведущих к дисгармоническому развитию, психологическому неблагополучию и формированию повышенной потребности в употреблении ПАВ. ПТ прорабатывает эти опыты, оптимизируя психологическое состояние пациента, уменьшая его потребность в ПАВ. Метод предполагает длительное лечение, хотя возможны и краткосрочные форматы до 20 сессий.

**Трансакционный анализ (ТА)**. Включает анализ психологических игр, контрактные методики, антисуицидальный контракт, анализ и терапию трагического зависимого сценария, методику диагностики и построения терапии с учетом особенностей личности пациента, – в т.ч. в программе терапевтических сообществ, группах по преодолению созависимости, семейном консультировании. В зависимости от задач предполагает как краткосрочное (10–40 сессий), так и длительное, многолетнее применение. Имеется последовательная система супервизионного сопровождения специалистов, позволяющая значительно повысить эффективность работы персонала.

**Семейная ПТ.** Основная цель – коррекция патологических типов семейных отношений и созависимого поведения. Рекомендуется проведение 10–30 встреч в формате семейного консультирования (в групповом или индивидуальном формате) с привлечением хотя бы одного из членов семьи или значимого другого.

**Альянс-центрированный метод.** Последовательность психотерапевтических интервенций, направленных на укрепление компонентов терапевтического альянса. Качество альянса – достоверный прогностический фактор удержания пациентов в программе; связано с положительной динамикой и результатами лечения. Не менее 2 раз в неделю групповые сессии по 90 минут и 3 раза в неделю – индивидуальные по 45 минут.

**Группы само- и взаимопомощи** проходят в сообществах, объединяющих людей, которые делятся своим опытом, силами и надеждами, с целью помочь себе и другим избавиться от зависимости от ПАВ. Основной принцип – положительный пример трезвой жизни и обмен опытом по ее достижению. Характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой ПТ, направленной на изменение стереотипных установок и внутреннего состояния личности. Применение таких групп формирует терапию средой.

# **СМЫСЛЫ ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИИ: МЕЖДУ ВОСТОКОМ И ЗАПАДОМ**

**М.Р. Арпентьева**

*ФГБОУ ВО «Калужский государственный университет  
им. К.Э. Циолковского»,  
кафедра психологии развития и образования*

КАЛУГА (РОССИЯ)

---

## **MEANINGS OF PSYCHOTHERAPY IN RUSSIA: BETWEEN EAST AND WEST**

**M.R. Arpentieva**

*Kaluga K. E. Tsiolkovsky state University,  
department of development and education psychology,*

КАЛУГА (RUSSIA)

---

В решении проблем профилактики и лечения наркологических и иных нарушений, носящих транскультурный характер, современная психотерапия, в поисках транскультурных и трансдисциплинарных универсалий, все чаще обращается к сравнению психотерапевтических культур Востока и Запада, смыслов, которые организуют психотерапевтический процесс – со стороны клиента и консультанта, вопросам неэффективности подходов Запада в помощи людям Востока. А. Лэнгле (2014) отмечал: «Та возможность, которая по своей ценности и значимости выделяется нами как наилучшая в данных обстоятельствах, несет в себе полноту актуального бытия, и есть смысл текущего момента... Смысл – это всегда реалистичный, сообразный обстоятельствам путь». А. Лэнгле, используя данные В. Франклом определения смысла и ценности (Франкл В., 1989): «ценности можно определить как уни-

версалии смысла, кристаллизующиеся в типичных ситуациях, с которыми сталкивается общество или даже все человечество», писал: «Ответственность – это мой ответ на тот смысл, который входит в резонанс с моей высшей ценностью... не имеет ничего общего с обязанностями, которые кто-то на меня возлагает. Ответственность – проявление свободы. Ее нельзя подменить соблюдением... законов, руководящих указаний и инструкций по эксплуатации... Ответственность – проявление отношения».

Мы могли бы согласиться с А. Лэнгле, тем более что отмеченные им и В. Франклом тенденции почти самоочевидны. Однако когда речь идет о нетипичных ситуациях, в которых человек вынужден искать собственные ценности и соотносить их с реальными обстоятельствами, то можно выделить как минимум две системы «возложения обязанностей»: 1) внешнее, принудительное «распределение» ответственности, от которой пациенты (клиенты) стремятся избавиться как от иллюзии, чтобы улучшить качество своей жизни, обрести «подлинность», 2) внутреннее долженствование, опирающееся на всю систему жизненных смыслов человека, побуждающее его переносить тяжелые и сверхтяжелые испытания, травмирующие, виктимизирующие ситуации и отношения, не столько в поисках «истинного», которое – уже давно найдено, сколько в поисках выхода – из лабиринта, в который человек попадает, утрачивая связь с истинным. Вторая ситуация намного сложнее и ближе сути психотерапевтической помощи, особенно тогда, когда речь идет о страданиях как психических и психосоматических нарушениях, страданиях «на грани» ресурсов выживания или – иногда и за ними, в поле «невозможного», в котором происходит встреча с Божественным. Первая ситуация проще: экзистенциальный вакуум как ненайденность и потерянности побуждает «прокладывать путь», который, как известно, с попутчиком всегда выглядит короче и интереснее. Третья возможность, свойственная Востоку – возможность отсутствия про-

блем, их иллюзорности, замена представления о проблеме понятием «кармы», о которой бессмысленно спорить, которую невозможно изменить и которая полностью отрицает свободу как таковую. Психотерапевт как учитель освобождения опирается на представление о том, что любые знания, умения, ценности иллюзорны и бессмысленны, пока не достигнут уровня Ничто: путь к которому лежит в лабиринте межличностных проблем и личных страданий, этот путь – не есть излечение страдания, но исцеление самой жизни, понятой как Бог, возвращение к Нему как предельному смыслу за смыслом, ценности за ценностью (Уоттс А., 1997).

Как показали результаты осуществленного нами контент-анализа консультативных бесед, а также интент-анализ русского и американского психотерапевтического дискурса, осуществленный А.Ф. Бондаренко и соавторами (Бондаренко А.Ф. и др., 2008, 2009), понимание россиянами других людей и ситуаций межличностных отношений более развернуто, диалогично, отличается принятием, в обращениях за психологической помощью российских клиентов преобладают жалобы, относящиеся к виктимизирующим межличностным отношениям, у американских – спектр обращений и жалоб шире, однако уровень принятия и осмысления происходящего, их ценностно-смысловая наполненность ниже, чем у россиян.

Анализ функций психотерапевтических высказываний в российских подходах показывает целостность подхода к страждущему, его диалогичность. В американских – акцент делается на парциально выделяемые из целостной жизни человека переживания.

В содержании жалоб россиян преобладает спектр переживаний, вызванных травмой межличностных отношений: обида и вина, унижение и беспомощность, ощущение тупика и душевная боль, разочарования и предательства, которые переживаются, в частности, на уровне психосоматических и психических нарушений – страданий, сострадание вплетено

в повседневность, поэтому человек склонен даже к психологу обращаться не столько за состраданием (он имеет возможность удовлетворить подобную нужду и в повседневном общении), сколько именно за помощью в деле избавления от страданий, исцелением (излечением).

В западных традициях применительно к многообразным западным и вестернизированным подходам в качестве объекта интенциональности психотерапевта выступает субъективное как основное «место приложения» усилий психотерапевта, внимание уделяется признанию автономии человека, его ответственности за себя и – реже – мир, конфликта долга и свободы, права жить более подлинной жизнью и необходимости подчиняться законам социума, умению устанавливать контакт с самим собой, а не только с окружением.

Российские пациенты или клиенты обращаются к психотерапевтам и консультантам «не по прихоти», а по «жизненным показаниям», то есть в ситуации острого психофизиологического страдания, сгорания от копившихся годами неотработанных переживаний, когда, вследствие травматических виктимизирующих его отношений, «болит душа», а сострадание не помогает. Ресурсы клиента – в сверхличных ценностях, воплощенных в значимых других: человек есть «уравнение Я и другого» (Бахтин М.М., 1979).

Американские клиенты желают более полно управлять своей жизнью, избавиться от лишнего самоконтроля или от его недостатка, наладить связь с собой, научиться жить более подлинно и полноценно, более осознанно и «стать живыми». Они нуждаются в «жизнеизменяющей психотерапии».

**Выводы.** Американский психотерапевт основную цель своей работы усматривает в освобождении клиента от «тиранического долга», в отечественном психотерапевтическом дискурсе понятие долга понимается как высшая, божественная сущность человека, в восточных техниках и подходах много внимания уделяется проблемам солидарности и благодарности, интеграции человека в мир людей. Отечественные

и некоторые западные исследователи аксиологические понятия «добро» и «зло» определяют как критерии душевного здоровья или нездоровья личности (Братусь Б.С., 1997, Сикорский И.А., 1909, Ухтомский А.А., 1997).

Добро, соответствующее сути человека, исцеляет душу, возвращает ей целостность и ценно само по себе, а зло – ненормально как беззаконие, оно есть грех и отрицание святости, безнравственность. Поэтому оно – источник страданий и дисгармонии. Американский психотерапевт зачастую имеет дело с проблемой личностной несвободы клиента или желанием более полной, полноценной жизни, которая трактуется в духе протестантского индивидуализма.

Что касается восточной модели, то пути освобождения как возвращения к Богу в самом себе в целом вообще не нуждаются в психотерапии: наличие собеседника и спутника возможно, но не обязательно. Пока иллюзии социального мира интенсивны, спутник необходим, когда же человек сталкивается со смертью как аннуляцией «я», его страданий, то осознает: выбор совершается в одиночестве. Добро и зло как ветви дерева Жизни – едины, единственное важное – их осознание как опыт ухода (падения) и возвращения (просветления). Отсюда – различие акцентов. У россиян акцент делается на проблеме добра и зла, выбора и нравственного осмысления происходящего, нравственного усилия по преодолению страдания, у американских консультантов «воздейственный радикал» приходится на гедонистический посыл достижения личной свободы. Восточный психотерапевт много внимания посвящает восстановлению связей человека и общества, разрушение которых ведет к наркотизации и иным нарушениям психического здоровья и психосоматическим нарушениям.

В России свобода, говоря словами А.А. Ухтомского (1997), дается только там, где есть «дары Духа Святого», а не произвол личности. Поэтому психотерапевтическая помощь в России – это помощь ценностно-смысловая: ориентирован-

ная на изменение отношений человека к себе и миру в направлении их гармонизации – друг с другом и высшими «пределами» своего бытия. Ресакрализация способна помочь решить проблемы пациентов с самыми «стойкими» нарушениями наркологического и смежного профилей.

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ: ТРАДИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

**М.Р. Арпентьева**

*ФГБОУ ВО «Калужский государственный университет  
им. К.Э. Циолковского»,  
кафедра психологии развития и образования*

КАЛУГА (РОССИЯ)

---

## PSYCHOSOMATIC MODEL: TRADITIONS AND PROSPECTS

**M.R. Arpentieva**

*Kaluga K. E. Tsiolkovsky state University,  
department of development and education psychology*

Kaluga (Russia)

---

Современные концепции психологической личностной или поведенческой предрасположенности к формированию наркоманий и иных психических и соматических заболеваний так или иначе обращаются к классическим концепциям «конверсии на орган» и «невроза органа» З. Фрейда (Freud S., 1885) и другим психосоматическим концепциям, постулирующим тесную связь состояния тела и духа человека (Alexander F., 1968; 1977, Dunbar F., 1948, Schur M., 1974, Sarajlic N. Et al., 1989, Sifneos P.E. 1973 и др.).

Термин «психосоматика» предложил Р. Хейнрот (Любан-Плоцца Б. и др., 1994, Николаева В.В., 1987), определив его как учение о тесной связи психических и соматических процессов в организме, одна из задач которого – исследование роли психологических факторов в этиопатогенезе телес-

ных заболеваний. К психосоматическим нужно добавить и психические нарушения, которые могут быть «экзистенциальным ответом» на те или иные нарушенные отношения человека с миром: недовольство собой, людьми и жизнью, которые достигают такого уровня, что разобраться с тем, что он делает, зачем он живет, и как из этого делания и «жизни такой» выходить. Психосоматические реакции и психические «срывы», в том числе приводящие к наркологическим нарушениям, не являются неизменным свойством личности и ее отношений, зависят от ряда факторов.

1. Возраст человека. В «горячих точках биографии» кризисные периоды возрастного развития люди интровертируются, «уходят в себя», чтобы найти ресурсы пережить сложный, насыщенный уроками жизненный период так же, как и в глубокой старости и раннем детстве.

2. Экстремальная или травмирующая социальная ситуация, в которую более или менее неожиданно попадает человек. Наблюдается четыре основных типа реакций человека в экстремальности – эскапизм (бегство от действительности), суицид (самоубийство), гомицид (убийство) и членовредительство – поведение в состоянии интровертированности.

3. Состояние тяжелой или неизлечимой болезни или внезапная инвалидизация, лишаящая человека привычных форм поведения, отношений.

4. Состояния утраты близкого человека, депривации (изоляции), провоцирующие ресоматизацию, а, значит, и болезни.

5. Общая социальная деструктивная направленность личности и направленность общественного развития, в том числе в определенный исторический период развития.

Все эти «случаи» могут проходить на фоне резких изменений картин психосоматических и психических нарушений, что определяется не типом личности, а социальной структурой, из которой состоит та или иная экзистенциальная жизненная ситуация. Т.о., версии структуры психосоматической

тических нарушений, также как и психических болезней, весьма переменчивы (Черносвитов Е.В., 2000).

В психоанализе в качестве основного патогенного агента указан подавленный интрапсихический конфликт. Телесные симптомы рассматривались как компромиссный способ разрядки жизненной (сексуальной) энергии или, напротив, энергии уничтожения. Возникли понятия конверсионных болезней. И хотя «теория символического языка органов» критиковалась за абсолютизацию символического значения болезни, но не потеряла своего значения. Позднее Ф. Александер, выдвинувший понятие «вегетативного невроза», писал, что симптом – не символическое замещение подавленного конфликта, а нормальное физиологическое сопровождение хронизированных состояний, переживаний человека.

Любая реакция, не нашедшая своего выражения в данный момент, имеет свой относительно четко очерченный соматический эквивалент. Специфичность заболевания – в специфике конфликтной ситуации. Теория «специфических для болезни психодинамических конфликтов», или «концепция специфического конфликта», рассматривает три основные формы психогенных заболеваний: истерические конверсии, вегетативные неврозы и психосоматические заболевания. Каждому заболеванию соответствует свой интрапсихический конфликт (Alexander F., 1950, 1977).

В теории «профиля личности» Ф. Данбар люди, страдающие определенной болезнью, полагаются похожими по своим личностным особенностям. Именно эти особенности отвечают за возникновение болезни (Dunbar F., 1978). Кроме того, существуют и общие для всех психосоматических больных особенности, а также общие для всех психически больных особенности (Виилма Л., 2007, 2012): например, склонность привязываться к материальным желаниям типична для психосоматических, к духовным – для психических нарушений. В случае психических «привязанностей» к тем или иным духовным желаниям они провоцируют апатию или

астению как формы отстраненности от мира, диалог с которым по тем или иным причинам на том или ином уровне нарушен (Николаева В.В., 1987).

Я. Рейковский отмечает, что благоприятные условия для возникновения физических, то есть психосоматических заболеваний, складываются, когда у кого-то доминирующими оказываются личностные интересы и потребности: достижение личных целей, эгоизм оказываются главным источником жизненной активности (Рейковский Я., 1979).

Особенно популярно изучение связей между личностными чертами и вариантами совладания (coping –предпочтений), большинство психологических параметров которых группируется вокруг нескольких «глобальных» психологических характеристик (личностных черт «первого порядка» или *superordinate traits*), определяющих поведение личности в различных ситуациях (Бевз И.А., 1998, Cloninger C.R., 1987), использование активных или пассивных, осознанных или неосознанных, зрелых или незрелых стратегий копинга (совладания), обладающих разной психологической и клинической эффективностью.

Для психосоматических теорий «новой волны» центральным является разработанное Дж. Райхом понятие инфантильной личности, для которой свойственны зависимость, пассивная агрессивность, завышенные притязания, сцепленность переживаний с «ключевой фигурой» (обычно – матерью).

Симбиотическая связь с матерью сочетается с общим недоразвитием личности, нерешенностью задач автономизации. Особенно опасна она в ситуации «потери объекта» – действительной, угрожающей или воображаемой потери «ключевой фигуры», игравшей наибольшую роль в жизни человека. Потеря остается непреодоленной, неотреагированной.

Весьма продуктивная возникшая в 20-е годы XX века теория десоматизации – ресоматизации В. Щура, которая го-

ворит о том, что по мере нормального развития связь ослабевает – возникает десоматизация. Патологическое развитие – ресоматизация. Недостаточная дифференцированность психологических и соматических процессов приводит к тому, что любое психологическое переживание становится причиной заболевания. Провалы в «защитной, убегающей от развития деятельности “эго”» приводят к регрессии на более низкий уровень психосоматического и психического функционирования.

Психобиологическая модель полагает, что физическое здоровье зависит от способности самому или с помощью внешних факторов регулировать сложные психические, физиологические и биохимические процессы. Так, отделение новорожденного от матери часто сопровождается скачком заболеваемости.

Кроме личностных черт, служащих фактором риска наркологических и иных заболеваний, в ходе болезни возникают различные «психологические новообразования»: общего и частного плана, особенно те, что накладывают на жизнь человека, лишая его возможности заниматься некоторыми привычными и/или приносящими удовлетворение делами, общаться с теми или иными людьми, существенные ограничения. Болезнь принуждает отказаться от достижения каких-то значимых целей и контактов и/или замещать их более доступными, провоцируя фрустрацию и/или личностный кризис (Соколова Е.Т., Николаева В.В., 1995). В процессе лечения боли становятся формой существования и способом влияния на окружающих. Возникает патологическое поведение, связанное с болезнью и выражающееся в использовании боли для манипуляции собой и окружающими (Харди И., 1988).

Наряду с этими подходами в последнее время все более популярными становятся исследования, посвященные осмыслению непонимания человеком себя и мира, других людей как причины физических и психических заболеваний, наркотизации как трансгрессивного, а не трансцендентного пути реше-

ния проблем непонимания (Вулис Р., 1998, Саймонтон Ст., Саймонтон К., 1997, Ротенберг В.С., Бондаренко С.М., 1989, Ташева А.И., 1995, Орлов Ю.М., 1997, Mills M., 1993). Понимание как феномен привлекает все большее внимание и как условие, и как механизм исцеления наркологических нарушений: основной фокус проблем пациентов наркологических клиник при этом связан с непониманием основ бытия, жизни как таковых, общей ценностно-смысловой дезориентацией человека.

# **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОТНОШЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА К СЕБЕ И ОКРУЖАЮЩЕМУ МИРУ**

**М.Р. Арпентьева**

*ФГБОУ ВО «Калужский государственный университет  
им. К.Э. Циолковского»,  
кафедра психологии развития и образования*

КАЛУГА (РОССИЯ)

---

## **HEALTH PSYCHOLOGY AND THE RELATION OF MAN TO HIMSELF AND THE WORLD AROUND THEM**

**M.R. Arpentieva**

*Kaluga K. E. Tsiolkovsky state University,  
department of development and education psychology*

KALUGA (RUSSIA)

---

Причиной и последствием наркотизаций становится утрата людьми здоровья. Здоровье – интегративный феномен, обозначающий, как правило, состояние благополучия, согласованного функционирования различных систем человека: как в интра-, так и интериндивидуальной перспективах (личностной и межличностной, в том числе – социальной). В рамках этих перспектив здоровье человека может быть рассмотрено в физическом, психологическом и духовном контекстах. Важно также отметить, что здоровье или болезнь – результат отношений человека: к себе и окружающему миру.

Практически все люди нуждаются в тот или иной моменты или постоянно в психологической помощи и специализированном обучении тому, как «правильно болеть», что-

бы выздоравливать, не ожидая того, когда это «разрешат» врачи, как стать ответственным за свое выздоровление, если болезнь затянулась и врачи «разводят руками», констатируя хронический, то есть «неизлечимый» характер болезни, как выживать там, где, по мнению окружающих, выживание невозможно, и как принимать болезнь, ее уроки с благодарностью и любовью.

В современной психотерапии все более распространяется подход, предполагающий возможность психологической помощи не только людям, имеющим психологические проблемы, но и физически и психически больным людям («психосоматика», «антипсихиатрия», «процессная работа» и т.д.). Развиваются представления о психологических факторах и аспектах физического здоровья и болезней. Происходит раздвижение «рамки картины болезни до картины человека». Поэтому современные работы, посвященные изучению психологических аспектов помощи людям с ОВЗ, инвалидностью, психическим, психосоматическим и умирающим больным, весьма востребованы (Гройсман А.Л., 1996, Любан-Плоцца Б. и др., 1994, Соколова Е.Т., Николаева В.В., 1995, Balint M., 1957, Leight H., Reiser M.F., 1985, Ley P., Spelman M.S., 1967, Rachman S.J., Philips C., 1973, Weinman J., 1981 и др.). Работ же по профилактике заболеваний, несчастных случаев и «нелепых смертей», роли самого субъекта в их возникновении, очень мало, поскольку сам предмет изучения находится на стыке того, что специалист готов или не готов допустить в свое собственное сознание. Именно поэтому многие интересные работы осуществляются исследователями «нетрадиционной» медицины (Виилма Л., 2004, 2007, Лазарев С., 2008, 2013, Малахов Г.П., 2004, Моуди Р., 2000, Норбеков М., 1999, Хей Л., 2004, др.).

Особенно интересны междисциплинарные психосоматические исследования, связанные с изучением механизмов психогенной провокации соматических нарушений (воздействие психологических триггеров или хронического психо-

социального стресса на обострение и формирование соматического заболевания, умирание).

Проблематика здоровья возникает в сознании исследователей, так же как и в сознании «обычного человека», тогда, когда здоровье, вернее, его отсутствие, становится проблемой: то есть гораздо позднее того срока, когда человек ощущает себя здоровым. Более того, современные концепции здоровья, руководствуясь соображениями гуманистического толка, отмечают субъективность критериев здоровья, существование целого ряда «промежуточных» состояний: когда организм еще не болен, но уже и не вполне здоров. В рамках этих состояний человек и окружающие его люди либо ощущают существующий дискомфорт как ситуативное нарушение, связанное со стрессом, перегрузкой и т.п., либо – особенно с течением времени, с возрастными изменениями, разрабатывают новые критерии «нормального самочувствия», постоянно – сознательно или неосознанно – снижая планку «нормы». В обоих случаях есть возможность упустить момент, когда «усталость» превращается в болезнь, «ОВЗ» – в инвалидность. Однако, многие люди не останавливаются на «достигнутом».

Отсутствие культуры заботы о себе и невнимание к близким – окружающим людям – приводят к превращению острого болезненного состояния в хроническое – подчас гораздо менее болезненное – и менее осознанное. За этим следует «логическое продолжение» – человек попадает в «замкнутый круг», когда лечение поверхностных, симптоматических нарушений невозможно потому, что оно ведет к усугублению «причинных», «глубинных» нарушений. Постепенно в «замкнутый» круг включаются все новые органы, функциональные системы, модели поведения. «Круг превращений» завершается «усталостью от жизни»: точнее, от больной жизни. Обращение за помощью к врачам, как правило, не приводит к серьезным изменениям: статус «хронический», или, тем более, «терминальный» больной служит, по сути,

двойным приговором – пациенту, помочь которому традиционная медицина не в состоянии, и самой системе медицинской помощи, ее возможностям.

Поскольку медицинский подход оказывается исчерпанным уже на стадии хронического заболевания, постольку очевидной становится необходимость поиска иных – немедицинских или, по крайней мере, «не-традиционных» подходов.

Если обратиться к анализу существующих в нашей стране подходов, то можно увидеть, что большинство «нетрадиционных» методик и направлений сводится к формуле, во многом аналогичной формуле традиционной медицины: «исцеление» и «восстановление здоровья». Такого рода «восстановление» связано с реконструкцией причин нарушений и их устранением.

Поскольку в ситуации «замкнутого» круга отдельных «причин» обнаружить не удастся, постольку данная формула, при всей благожелательности целителя, психотерапевта, врача, оказывается подчас недостаточной. Более того, любая активизация «прошлого» приводит к активизации симптоматики. Насколько опасным может быть спровоцированный «помощником» кризис, известно и неспециалистам: нарушения могут быть столь значительны, что к «лечению» прибегают либо из-за недостатка знаний, либо по жизненным показаниям. В любом случае человек, попавший в «замкнутый круг», остается с болезнью один на один. Он не знает, что предпринять, к кому обратиться, какого рода поиски и знания ему нужны. «Разгадка» как всегда находится внутри самой загадки.

Если осмыслить развитие заболевания, его описание, динамику и качество симптомов как «говорящих» проявлений «израненной души», то можно реконструировать ту систему факторов, которая может помочь человеку. В составе человеческого здоровья и болезни современные исследователи выделяют в качестве самостоятельного их психологиче-

ский компонент. Психологический уровень здоровья определяется степенью убежденности человека в своем здоровье, личностной установкой «быть только здоровым» и ее практической реализацией (соблюдение правил гигиены, активный двигательный режим, аутогенная тренировка, развитие стрессоустойчивости).

Интегративные собственно медицинские исследования последних лет показали, что ведущими факторами заболеваемости (вне зависимости от общего характера болезни) являются: несформированные или ложные ценностные ориентиры человека, отсутствие смысла жизни; ложные межличностные отношения, пронизанные манипуляцией, завистью и агрессией; негативный переживания и состояния (фон жизни), в том числе экстремальные.

Психологический фактор играет важную роль в происхождении и течении любого заболевания: по некоторым оценкам, его вклад в заболеваемость составляет 90–95%. Однако соматическое состояние также может оказывать патогенное или, напротив, саногенное, влияние на психику человека. Механизмы такого влияния неоднородны: от интоксикации и ее психологических последствий до формирования специфической реакции субъекта на заболевание и его последствия (Николаева В.В., 1987). Л. Виилма (2012) в дополнение к этому отмечает, что превалирование целей жить для других, ради их «исправления», приводит человека к границе психосоматического или даже психического нарушения.

Причинами болезней являются ошибки осмысления человеком самого себя и окружающего мира, «неумение быть человеком», учиться в любых ситуациях, сохраняя толерантность к неопределенности и жизнестойкость, а также – само по себе умение и стремление любить и понимать мир, других людей, себя. Как сказал академик Н.М. Амосов (Амосов Н.М., 1998), медицина «...чудесно лечит много болезней, но не способна сделать человека здоровым». Чтобы стать здоровым, необходимо приложить собственные усилия, по-

стоянные и значительные, которые нечем заменить. Иначе знаменитый тезис больных алкоголизмом: «Пили, пьем и будем пить», – будет и дальше, вопреки усилиям врачей и семей больных, уничтожать остатки духовного и соматического здоровья пациентов.

# СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЕЙ ПОДРОСТКОВ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

**А.Р. Асадуллин<sup>1</sup>, И.А. Зражевская<sup>2, 3</sup>,  
Э.А. Ахметова<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *ФГБОУ ВО «Башкирский государственный  
медицинский университет», кафедра психиатрии  
и наркологии с курсом ИДПО*

<sup>2</sup> *НИИ наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский  
исследовательский центр психиатрии и наркологии»  
Минздрава России, Отдел клинической наркологии*

<sup>3</sup> *ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы  
народов», кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии  
факультета повышения квалификации  
медицинских работников*

УФА, МОСКВА, (РОССИЯ)

---

## SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF FUNCTIONING OF FAMILIES OF ADOLESCENTS, WHICH USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES OF NEW GENERATION

**A.R. Asadullin<sup>1</sup>, I.A. Zrazhevskaya<sup>2, 3</sup>, E.A. Akhmetova<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Bashkir State Medical University, Department of psychiatry,  
psychotherapy and narcology with a of post-graduate education cours*

<sup>2</sup> *Research Institute on Addiction – branch of «V. Serbsky FMRCPN»,  
the division of clinical addiction*

<sup>3</sup> *Peoples' Friendship University of Russia, Department of Psychiatry, Narcology  
and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers*

UFA, MOSCOW (RUSSIA)

Согласно многочисленным современным исследованиям и отчетам уполномоченных органов с 2010 года в России отмечается рост потребления психоактивных веществ (ПАВ) нового поколения – аналогов наркотических средств и психотропных веществ, в обиходе называемых: «аналоговые наркотики», «наркотики-аналоги» или «дизайнерские наркотики» (ДН). Они представляют собой отдельные ПАВ либо их совокупность со структурой и биологической активностью, которые смоделированы таким образом, чтобы наркотики-аналоги воспроизводили психоактивное действие, аналогичное природным или искусственно созданным наркотическим средствам и психотропным веществам уже внесенным в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю. Главное преимущество ДН для распространителей и потребителей – это возможность выйти из поля действия антинаркотических законодательных актов и, следовательно, избежать наступления юридических и социальных последствий по факту совершения противоправных действий. Кроме того, распространители осознанно вводят в заблуждение потребителей, распространяя мифы о безвредности и легальности аналоговых наркотиков через Интернет и др. Особенно активно идеологию «безопасного наркотизма» пытаются внедрить в умы подростков и даже детей младшего школьного возраста.

ДН делают нелегальный рынок наркотических средств все более диверсифицированным, что, в свою очередь, приводит к нарастанию целого ряда медико-социальных проблем. В качестве примера последних можно привести нарастание количества госпитализаций по неотложным показаниям и даже летальных исходов (особенно, среди подростков) в результате употребления аналоговых наркотиков. В немногочисленных исследованиях эпидемиологии ДН отмечается, что средний возраст потребителей наркотиков-аналогов существенно ниже, чем у потребителей «классических» наркотических средств.

*В связи с вышеизложенным нами было проведено исследование, задачами которого являлись выявление и изучение:*

- predispositional факторов потребления психоактивных веществ нового поколения подростками;
- динамических характеристик развития зависимости от наркотиков-аналогов у подростков;
- микро- и макросоциальных факторов формирования зависимости от ДН у подростков.

В связи с ограниченным объемом публикации здесь приводится только небольшая часть полученных результатов.

**Материалы и методы исследования.** В соответствии с приказом Министерства образования Республики Башкортостан от 07.09.2015 № 1755 «О проведении социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях, в 2015 году в он-лайн режиме» с 7 сентября по 10 сентября 2015 года в он-лайн режиме было проведено социально-психологическое тестирование в общеобразовательных организациях 10 муниципальных районов и городских округов Республики Башкортостан. Выборка формировалась простым случайным способом. Механически был отобран каждый второй класс каждой второй школы исследуемого района/округа с учащимися соответствующего возраста. Объем выборки был рассчитан по формуле, предложенной экспертами Всемирной организации здравоохранения для исследований по созданию программ развития здоровья (The STEPS Sample Size Calculator). Специальные критерии исключения респондентов не разрабатывались.

В основу вопросов для тестирования была положена «Карта социально-психологического тестирования», разработанная на кафедре психиатрии и наркологии БашГМУ (проф. Юлдашев В.Л., 2015). Кроме того, респондентам был предложен ряд вопросов, направленных на выявление факта/фактов употребления любых ПАВ за исключением алкоголя. Перед исследованием от всех подростков и их закон-

ных представителей было получено информированное добровольное согласие на участие в тестировании (педагогами учебных заведений).

Для статистической обработки данных использовалась программа StatSoft, Inc. (2008). STATISTICA (data analysis software system), version 8.0. С целью оценки статистической значимости различий использовались критерий  $\chi^2$  Пирсона и значение  $p$ -уровня (различия считались значимыми при  $p < 0,05$ ). С целью определения взаимосвязей между переменными использовался метод главных компонент, с последующим вращением осей производных, согласно критерию варимакс. Для оценки различий измеренных факторов использовался метод одномерного однофакторного дисперсионного анализа с оценкой различий по критерию Фишера. Для параметров, распределение которых не было приведено к нормальному при логарифмировании, использовался критерий Манна – Уитни. Для статистического изучения связи между явлениями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $r$ ).

В тестировании приняли участие 8859 подростков в возрасте от 13 до 18 лет (подростки – лица в возрасте 10–19 лет, согласно терминологии ЮНФПА – Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения). Из обработки были исключены 878 анкет в связи с нарушением правил тестирования (наличие ответов только на часть вопросов и т.п.). Оставшиеся анкеты (7981 шт.) были разделены на 3 группы: 1-я (всего 7575 шт., из них 4170 анкет девочек и 3405 – мальчиков) – анкеты подростков, которые отрицали даже однократное употребление каких-либо психоактивных веществ; 2-я (всего – 190 шт., из них 105 шт. – девочек и 85 шт. – мальчиков) – анкеты лиц, которые употребляли ПАВ эпизодически; 3-я (всего 216 шт.; 57 анкет девочек и 159 – мальчиков) – анкеты детей, которые систематически употребляли ПАВ. Средний возраст подростков, анкеты которых подвергались статистической обработке,

составил  $15,3 \pm 0,1$  года. Все подростки, принимавшие ПАВ (эпизодически или систематически), употребляли вещества нового поколения.

**Результаты исследования.** В связи со сжатым форматом сборника в данном сообщении мы хотели бы остановиться только на результатах обработки ответов на вопросы, касающиеся семей подростков, анкеты которых были включены в исследование.

Среди обследованных преобладали дети из полных семей (6080 чел.). Причем с высокой степенью достоверности большинство из них составляли подростки, никогда не употреблявшие ПАВ (5857 чел.), их число было в 65 раз больше, чем количество детей из полных семей, систематически принимающих ПАВ (90 чел.), и в 44 раза больше, чем количество подростков, употребляющих ПАВ эпизодически (133 чел.).

Установлено, что дети, не имеющие опыта употребления ПАВ (1 группа), в подавляющем большинстве росли в полных семьях – 77,32% (5857 чел.); среди них было очень мало сирот (родители отсутствуют, проживают только с бабушкой/дедушкой или в детском доме) – 0,26% (20 чел.) и подростков, которых воспитывают приемные родители/опекуны – 1,87% (142 чел.). В неполных семьях (имеется только мать или только отец) выросло в 3,8 раза меньше детей этой группы (1556 чел.), чем в полных.

В то же время в группе, систематически употребляющих ПАВ, процент подростков, которые живут с приемными родителями/опекунами (41,20%) или в детском доме либо только с бабушкой и/или дедушкой (3,24%) достоверно выше, чем в первой группе ( $p < 0,05$ ).

Во второй группе процент подростков, которые проживают в неполной семье (только с матерью или отцом) или с приемными родителями/опекунами также выше, чем в первой (27,37% и 2,11% соответственно). Также во 2-й группе в 2 раза выше процент детей, которые являются сиротами и

живут в детском доме либо с бабушкой и/или дедушкой (0,53%), чем в первой (0,26%).

Согласно трёхмерной теории интерперсонального поведения американского психолога У.К. Шутца (1958 г.), одним из условий развития способности индивида к качественному социальному функционированию является удовлетворение трех межличностных потребностей в детском и подростковом возрасте: потребность включения, потребность в контроле, потребность в любви. По мнению автора нарушение баланса в удовлетворении хотя бы одной из вышеперечисленных межличностных потребностей может привести к развитию психических расстройств. Так, ситуации, когда подросток растет в условиях полного отсутствия внимания и контроля со стороны родителей, приводят к нарушениям социализации, что способствует развитию девиантных форм поведения, поиску комфортного общения вне дома с целью получения ощущения защиты и безопасности, понимания и заботы и т.п. В дальнейшем у ребенка нарастают негативные психологические последствия, которые проявляются в виде раздражительности, озлобленности, разнообразных нарушений в эмоциональной и когнитивной сферах и др., что замыкает «порочный круг» фиксации индивида на негативных переживаниях.

В связи с вышеизложенным нами были изучены некоторые аспекты внутрисемейных взаимоотношений подростков, которые приняли участие в тестировании. Среди опрошенных детей на отсутствие теплых, близких отношений со всеми членами семьи указали 56,94% подростков, систематически употребляющих ПАВ, что статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) значительно выше, чем в группах, никогда не употреблявших ПАВ (5,19%) и принимавших ПАВ эпизодически (14,74%). Также в 3-й группе выявлены: 1) в 2 раза меньший ( $p < 0,05$ ) процент лиц, имеющих доверительные отношения с матерью (20,83%) по сравнению с 1-й и 2-й группами (59,97% и 53,68% соответственно); 2) в 1,5 раза меньший

процент подростков, которые считают отношения с отцом теплыми и близкими (6,94%), аналогичные показатели в 1-й и 2-й группах – 11,59% и 10,53% соответственно; 3) существенно меньший процент подростков, которые имеют доверительные отношения со своими братьями и/или сестрами (7,87% в 3-й группе, что в 1,3 раза меньше, чем во 2-й – 10,00% и в 1,7 раза меньше, чем в 1-й – 13,37%).

На наш взгляд, интересным представляется и сравнительный анализ данных показателей внутри каждой группы. Так, в группе подростков, никогда не принимавших ПАВ, наиболее теплые и доверительные отношения у детей сложились с мамами – 4543 чел. (59,97%;  $p < 0,05$ ); существенно ниже был процент близких отношений с остальными родственниками: с отцом – 878 чел. (11,59%), с братьями/сестрами – 1013 чел. (13,37%) и с бабушками/дедушками – 748 чел. (9,88%). Ситуации, когда близкие отношения не сложились ни с кем из родственников, установлены в очень небольшом проценте случаев – 5,19%.

В группе подростков, систематически употребляющих ПАВ, прослеживается противоположная тенденция – на отсутствие доверительных, теплых отношений со всеми членами семьи указали более половины детей (123 чел., 56,94%); наименьшей теплотой характеризовались отношения подростков с отцом (15 чел., 6,94%); процент, выделивших как самых близких людей братьев/сестер и бабушек/дедушек, был практически одинаков (7,87% и 7,41% соответственно). Однако и в этой группе наибольшее понимание дети встречали со стороны мам (45 чел., 20,83%).

Вторая группа также характеризовалась большим процентом подростков, считающих своим самым близким человеком мать (53,68%; 102 чел.), и достаточно высоким процентом детей, которые не смогли установить доверительные отношения ни с кем из членов семьи (14,74%; 28 чел.). Показатели, которые касались доверительных отношений с братьями/сестрами, отцом и дедушками/бабушками, почти не от-

личались (19 чел. – 10%; 20 чел. – 10,53% и 21 чел. – 11,05% соответственно).

Таким образом, на основании проведенного исследования мы можем сделать вывод о том, что отсутствие полноценной традиционной семьи с гармоничными внутрисемейными взаимоотношениями может рассматриваться как один из облигатных предикторов формирования аддиктивного поведения подростка.

Результаты данного фрагмента нашего исследования могут быть использованы для разработки: программ первичной профилактики и ранней диагностики химических зависимостей; методов раннего выявления групп риска по формированию зависимого поведения; при работе с неблагополучными семьями; в ходе повседневной деятельности психологов в детских дошкольных учреждениях и школах, а также сотрудниками центров медицинской и социальной реабилитации при работе с зависимыми подростками и их родными и близкими, в группах для созависимых и др.

# **ДИНАМИКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ**

**З.Ш. Ашуров<sup>1</sup>, З.В. Шин<sup>1,2</sup>, Д.П. Ким<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Ташкентская Медицинская Академия,  
кафедра психиатрии и наркологии*

*<sup>2</sup>Городская клиническая психиатрическая больница*

ТАШКЕНТ (УЗБЕКИСТАН)

---

## **DYNAMICS OF AGGRESSIVE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENICS, COMMITTED THE SERIOUS CRIMES DURING PSYCHOTHERAPEUTIC WORK**

**Z.Sh. Ashurov<sup>1</sup>, Z.V. Shin<sup>1,2</sup>, D.P. Kim<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Narcology & Psychotherapy  
of the Tashkent Medical Academy*

*<sup>2</sup>City Clinical psychiatric hospital of the Department of health*

TASHKENT (UZBEKISTAN)

---

Проблема агрессивного поведения больных шизофренией указывает на ее многофакторный характер, поскольку сами по себе психопатологические синдромы не являются фатальной причиной агрессивного поведения, в том числе совершения какого-либо общественно опасного деяния. Наибольшая частота проявления агрессии наблюдается при параноидной шизофрении, особенно в том случае, если присутствуют такие симптомы, как бред преследования и бред отношения. Многофакторность агрессивного поведения боль-

ных шизофренией определяет поиск решений практических вопросов психопрофилактики общественно опасных деяний, разработку реабилитационных мероприятий для психически больных с целью их полноценного включения в жизнедеятельность без риска асоциального поведения. В связи с этим было проведено исследование, цель которого – выявление динамики смысловой структуры мировоззрения в процессе психокоррекционной работы у больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния.

**Материалы и методы исследований.** Обследовано 83 пациента мужского пола (возраст  $45,17 \pm 1,71$  года), которые были выделены сплошным методом из пациентов, признанных невменяемыми в отношении совершения инкриминируемых им деяний, и пациентов, не совершавших общественно опасные деяния, проходивших лечение в отделениях общего типа Городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. У всех пациентов был установлен диагноз параноидной шизофрении, в соответствии с критериями МКБ-10. Пациенты были выделены в 3 группы:

1 группа (21 человек – 25,3%) – основная – состояла из пациентов, совершивших общественные опасные деяния. Группой испытуемых проводились лечебно-реабилитационные (психотерапевтические) мероприятия;

2 группа (33 человек – 39,8%) – также состояла из пациентов, совершивших общественные опасные деяния, но получавших только психофармакотерапию;

3 группа (29 человек – 34,9%) – контрольная группа, ее составили пациенты с тем же диагнозом, но не совершавшие правонарушения.

В процессе комплексного обследования применялись клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический методы. Для реализации поставленной цели использовалась «Методика предельных смыслов» Д.А. Леонтьева.

Проведение психокоррекционных занятий начиналось обычно после предварительного этапа психофармакологиче-

ской терапии. В число основных форм и методов работы, направленной на смысловую сферу респондентов, их эмоциональное состояние, поведенческие и социальные возможности, вошли: структурированная беседа; автобиографический метод; тренинг поведения; обучение планированию своих действий, ориентированных на реализацию значимых смыслов; коррекция морально-этических взаимосвязей; обучение прямому самоконтролю путем самонаблюдения.

**Результаты исследования.** В результате структурного и содержательного анализов были выявлены индивидуальные особенности структуры и содержания смыслового древа респондентов. Эта структура описана с помощью следующих количественных структурных индикаторов: абсолютное число предельных категорий (N (ПК)); абсолютное число узловых категорий (N (УК)); продуктивность, определяемая как отношение общего абсолютного числа неповторяющихся категорий, названных испытуемым, содержательных индикаторов: индекс рефлексивности (ИР); индекс негативности (ИН); индекс децентрации (ИД). Статистический анализ достоверности различий между результатами основной и контрольной групп на первом этапе выявляет наиболее достоверные различия между основными и контрольной группами по показателям:

- 1 группа – ИР-2,96; ИН-3,31; ИД-1,27;
- 2 группа – ИР-2,16; ИН-3,5; ИД-1,12;
- 3 группа – ИР-1,81; ИН-1,29; ИД-1,27.

После проведенной работы:

- 1 группа – ИР-2,96; ИН-3,31; ИД-1,27;
- 2 группа – ИР-2,16; ИН-3,5; ИД-1,12;
- 3 группа – ИР-1,81; ИН-1,29; ИД-1,27.

Агрессивное поведение больных 1-й и 2-й группах в 2 раза чаще было физически-деструктивным (84,5% 1-й группы, во 2-й 87,9% и 27,1% и 3-й группах,  $p < 0,05$ ).

Полученные результаты свидетельствуют, что в ответах респондентов основной группы преобладает количество узловых категорий, отражающих различные смыслы, а средняя длина цепи достоверно больше:

- 1 группа – ИР-4,12; ИН-0,9; ИД-2,84;
- 2 группа – ИР-2,14; ИН-4,56; ИД-1,63;
- 3 группа – ИР-1,81; ИН-1,16; ИД-1,41.

После проведенного исследования агрессивное поведение больных 35,6% 1-й группы, 78,2% 2-й и 19,3 % 3-й группы,  $p < 0,05$ .

**Выводы.** 1. В результате психологической коррекции отмечается динамика в смысловых образованиях: появление новых значимых смыслов и их структурирование, что влияет на рост самосознания, процесс децентрации, свидетельствующей о появлении социальных потребностей респондентов, снижении ригидности.

2. Можно предположить, что разработанный комплекс психологической коррекции, направленный на расширение, трансформацию смысловых образований в структуре жизненного мира больных шизофренией, длительно находящихся на принудительном лечении, предотвращает развитие явлений госпитализма и в определенной мере создает условия для формирования психологической готовности к адаптации во внебольничных условиях, тем самым вносит определенный вклад в систему терапевтических мероприятий.

# ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С ИГРОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

**С.Б. Бабарахимова, Ж.М. Искандарова**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,  
кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии*

ТАШКЕНТ (УЗБЕКИСТАН)

---

## ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN PERSONS WITH GAME COMPUTER ADDICTION.

**S.B. Babarahimova, J.M. Iskandarova**

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of Psychiatry, Narcology  
and Child Psychiatry*

TASHKENT (UZBEKISTAN)

---

**Актуальность.** В современном представлении зависимость от Интернета и мобильных средств доступа к нему занимает промежуточное положение между зависимостями и расстройствами влечений. Однако выраженность влияния социальной среды на формирование этого патологического состояния заставляет все в большей степени склоняться к тому, что мы имеем дело преимущественно с аддиктивным типом патогенеза интернет-зависимости (Пережогин Л.О., 2015). Бесконтрольная игровая компьютерная деятельность сопровождается повышенной раздражительностью, склонностью к противоправным действиям, враждебным восприятием окружающего мира (Ernes С., 2012.).

Анализ научной литературы показывает, что наиболее уязвимой группой населения при формировании компьютер-

ной зависимости, как одного из видов нехимической аддикции, являются подростки. По данным Американской академии педиатров, зависимость отмечается у каждого десятого ребенка.

**Целью** нашего исследования явилось изучение особенностей тревожно-депрессивных расстройств у подростков с зависимостью от ролевых компьютерных игр.

**Материалы и методы.** Объектом исследования были выбраны 35 посетителей интернет-клубов города Ташкента в возрасте от 12 до 17 лет, играющих в ролевые компьютерные игры; специально разработанная анкета содержала перечень вопросов для выявления стадии психологической зависимости от компьютерной игры, для выявления тревожно-депрессивных нарушений применялась «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). Первое тестирование по шкале HADS проводилось после окончания игры, повторное тестирование через день после последнего сеанса игры.

**Результаты и обсуждения.** В ходе исследования было установлено, что 60% обследованных увлеклись компьютерными играми в возрасте 12–14 лет, 25% опрошенных – в 15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16–17 лет. В ролевые компьютерные игры «от первого лица» играло 80% опрошенных, остальные 20% играли в ролевые компьютерные игры «от третьего лица». Потребность в этой форме игры опрошенные объясняли желанием уйти от реальности и потребностью в принятии более значимой социальной роли. У 14 исследуемых (40%) выявлена социализированная форма зависимости. Эти подростки всегда играют с другими, мотивация игры носит соревновательный характер, в отсутствие компании в другие игры не играют, неудовлетворенность испытывают в случае проигрыша команды. 60% исследованных имеют индивидуализированную форму зависимости, всегда играют в одиночку, потребность в игре высокая, в отсутствие игры испытывают неудовлетворенность, негативные эмоции, тревогу.

Исследование аффективных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с формой и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. Так, у лиц с социализированной формой зависимости в 25% случаев выявлена стадия легкой увлеченности компьютерными играми, в 75% случаев – стадия увлечения. У подростков с этой формой зависимости аффективные расстройства выявлены у 14 опрошенных (40,6%), эти лица отличались длительным игровым стажем.

По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у лиц со второй стадией зависимости от компьютерных игр. У подростков с первой стадией зависимости отмечалось снижение настроения и появление чувства вины в случае проигрыша команды, при повторном тестировании по шкале HADS отмечалось наличие субклинически выраженной тревоги.

При второй стадии зависимости вне игры подростки жаловались на скуку, снижение настроения, подавленность, в случае появления возможности провести командную игру отмечалась эйфория, усиление воображения, повышение настроения, фантазии об игре.

У лиц со второй стадией зависимости повторное тестирование показало сохранение субклинически выраженной тревоги и депрессии. У лиц с индивидуализированной формой зависимости в 100% случаев выявлены тревожно-депрессивные расстройства. В соответствии со стадией зависимости меняется выраженность эмоциональных расстройств.

У 18 подростков была выявлена стадия увлечения от компьютерных игр, в 83% случаев по шкале HADS в первом тестировании определялась субклинически выраженная тревога, в 27% случаев выявлена субклинически выраженная депрессия. Эти подростки испытывали чувство тревоги из-за отсутствия возможности проводить время за компьютерными играми, при появлении такой возможности уровень тревоги значительно снижался. Повторное тестирование изменение

уровня депрессивных расстройств не выявило, эти подростки связывали свое состояние с постоянными конфликтами с родителями, с их непониманием и завышенными требованиями к учебе.

У 3 подростков была выявлена третья стадия зависимости от компьютерных игр. В этой группе при первом и втором тестировании по шкале HADS выявлена клинически выраженная тревога и депрессия. Эти подростки плохо контролируют себя, становятся эмоционально неустойчивым, снижается критика к поведению, в случае прерывания игры отмечается агрессивность, грубость. Для обследуемых лиц с третьей стадией зависимости от компьютерных игр характерными были частые уходы из дома, рассеянность, отмечалось наличие импульсивности в поступках, склонность к лжи, нарушение поведения, резкая смена эмоций в их крайнем проявлении, нежелание учиться, отсутствие полноценного сна, некоторые подростки отмечали наличие сновидений со сценами из компьютерных игр, навязчивые мысли об игре. У этих подростков отсутствовал эмоциональный и поведенческий самоконтроль.

В ряде случаев у подростков с индивидуализированной формой зависимости отмечалась астения, безразличие ко всему, что не касается его увлечения, пропуски уроков, снижение успеваемости. Поведенческие нарушения у лиц с компьютерной игровой зависимостью проявлялись в виде патологических реакций оппозиции и протеста, демонстративно-шантажным суицидальным поведением в результате конфликтов с родителями.

**Выводы.** Таким образом, тревожно-депрессивные расстройства являются ведущими в клинической картине зависимости и усиливаются по мере развития интернет-аддикции, приводят к уязвимости в развитии эмоциональной саморегуляции, неспособности справляться со стрессовыми ситуациями, развитию выраженных астено-депрессивных состояний и патологического формирования личности.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

**С.Б. Бабарахимова, Ж.М. Искандарова,  
Ш.Ш. Шаикрамов**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,  
кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии*

ТАШКЕНТ (УЗБЕКИСТАН)

---

## CLINICAL MANIFESTATIONS OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR OF PUBERTY PERIOD

**S.B. Babarahimova, J.M. Iskandarova,  
Sh.Sh. Shaikramov**

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Department of Psychiatry,  
Narcology and Child Psychiatry*

TASHKENT (UZBEKISTAN)

---

**Цель исследования:** изучить клинические проявления и особенности аутоагрессивного поведения при синдроме уходов и бродяжничества у девочек-подростков, возникающих на фоне аффективных расстройств.

**Материал и методы:** объектом исследования явились 48 девочек-подростков в возрасте 15–19 лет с непсихотическим уровнем психопатологических расстройств, с наличием в клинической картине аутоагрессивных действий, возникающих в структуре синдрома уходов и бродяжничества. В группу вошли пациентки с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Ведущим методом исследования был клинико-психо-

патологический и катамнестический. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использовался тест-опросник Шмишека Леонгарда и тест Люшера.

**Результаты исследования и обсуждения:** в процессе изучения клинической картины синдрома уходов и бродяжничества выявлено, что девочки с гипертимными чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62%) и истероидными (31%) чертами – в 13–14 лет. Девочки совершали частые побеги на непродолжительное время от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69% случаев, уходы легкой степени в 23% случаев, и лишь у 1 пациентки были выявлены уходы тяжелой степени.

Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Гамильтона в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 25% пациенток, в 61% случаев – депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациенток выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени. Исследование развития синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявило, что аффективные нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69%) возникали задолго до первой попытки ухода из дома. Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. На фоне пониженного настроения отмечались раздражительность – в 33% случаев, нарушение отношений с родителями в виде конфликтности, отрицательного отношения к близким у 67% больных, немотивированная агрессия – в 33% случаев. В ряде наблюдений, особенно при на-

личии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69%), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23%).

При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. На фоне резидуально-органических расстройств депрессивные расстройства характеризовались снижением успеваемости, непосещением школьных занятий, конфликтностью с учителями.

Основными факторами, способствовавшими возникновению аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у девочек-подростков, были конфликты в семье, проблемы с противоположным полом, смена места жительства и сложности в учебе.

В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (67%), группа аффективных (32%) и истинных суицидов (1 пациентка). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием – у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациентки с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось легкодоступным и нежестоким способам – отравление таблетками и нанесение порезов в области предплечий. Эти действия возникали под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50% случаев), конфликты в семье (25%), конфликты со сверстницами (15%), внутриличностными проблемами (10%).

Пациентка с депрессивным расстройством тяжелой степени отмечала наличие суицидальных мыслей до уходов из дома, при повторном уходе из дома была совершена суи-

цидальная попытка, констатируемая как аутоагрессия психотического уровня депрессивного генеза.

У 46% пациенток со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение, пациентки наносили неглубокие порезы на предплечье, 67% обследуемых совершали самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось при последующих уходах из дома. В 33% случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациенток домой.

В 21% случаев до первой попытки ухода из дома выраженных эмоциональных расстройств и суицидальных тенденций не наблюдалось, отмечались возникающие время от времени изменения настроения, причинами уходов становилось появление острого стремления к освобождению от стесняющего режима, к перемене обстановки. У этих пациенток депрессивная симптоматика появлялась после возвращения домой, для них характерным было появление чувства вины у 66% больных, депрессивно-дисфорических реакций у 33% обследованных. Пациентки из этой группы отмечали появление суицидальных мыслей на фоне пониженного настроения, усугубления конфликтов с родителями и сверстниками, при появлении трудностей взаимоотношений и обучения в школе.

**Выводы:** клинические проявления аутоагрессивных действий у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, формируются на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня, в большинстве случаев имеют демонстративно-шантажный характер. У девочек-подростков синдром уходов и бродяжничества не протекал изолированно, а имел сложную связь с аффективными расстройствами, появление аутоагрессивного поведения усложняло клиническую картину синдрома. В ряде случаев маскированная депрессия

может проявляться нарушением поведения, когда возможны побег из дома и формирование патохарактерологических реакций протеста в виде суицидальных попыток и тенденций.

# **СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ КАК ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ИХ СОЗАВИСИМЫХ РОДСТВЕННИКОВ**

**А.Н. Бабури<sup>1,3</sup>, Е.А. Соборникова<sup>2,3</sup>,  
А.И. Магай<sup>1,3</sup>, Е.А. Казьмина<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *ФГБНУ Научный центр психического здоровья*

<sup>2</sup> *ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия  
последипломного образования МЗ России,  
кафедра наркологии*

<sup>3</sup> *Межрегиональное общественное движение в поддержку  
семейных клубов трезвости (МОД СКТ)*

МОСКВА (РОССИЯ)

---

## **FAMILY CLUB OF SOBRIETY AS AN APPROACH TO ALCOHOL ADDICTED AND THEIR RELATIVES CODEPENDENCY REHABILITATION**

**A.N. Baburin<sup>1,3</sup>, E.A. Sobornikova<sup>2,3</sup>,  
A.I. Magay<sup>1,3</sup>, E.A. Kazmina<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Mental Health Research Center (MHRC)*

<sup>2</sup> *Russian Medical Academy of Postgraduate Education (RMAPO),  
Narcology Department*

<sup>3</sup> *Interregional social movement supporting Family Sobriety Clubs  
(MOD SKT)*

MOSCOW (RUSSIA)

---

Проблема злоупотребления психоактивными веществами в настоящее время чрезвычайно актуальна. По данным ВОЗ за 2014 г., Россия занимает пятое место по употребле-

нию алкоголя в мире. Решением насущной проблемы озабочены как специалисты государственной системы наркологической помощи, так и общественные и конфессиональные организации и институты. Исследователи и практики отмечают недостаточную эффективность традиционных медицинских методов помощи (Валентик, 2001). Поэтому требуется внедрение иных, альтернативных методов лечения и реабилитации.

Для решения этой задачи важным является концептуальный взгляд на природу алкоголизма и наркомании.

В своем исследовании Владимира Худолин отмечает, что в истории наблюдалась смена научных взглядов от морализаторского подхода к подходу исключительно медицинскому (Hudolin, 1991). В последние десятилетия преобладающим становится новое понимание, включающее в себя как биологическое, так и психо-генетическое, а также социально-духовное измерение. Новый подход, обозначаемый как био-психо-социо-духовный, нашел поддержку и свое последовательное развитие в научных исследованиях российских специалистов (Валентик, 2002, Соборникова, 2012).

Согласно предположению югославской научной школы, занимающейся исследованиями проблем зависимостей с 60-х годов XX в. (Худолин, 1994), алкоголизм является не столько медицинским заболеванием, но последствием определенного образа жизни или стиля поведения, то есть результатом патологического жизненного уклада. Такое предположение справедливо, если рассматривать алкоголизм как состояние, где имеют место медицинские проблемы (Альтшулер, 2002), нарушения в области межличностных и внутрисемейных отношений (Москаленко, 2009), нарушение системы социальных связей в социальной сети (Казьмина, 1997), а также особое ценностно-смысловое, или духовное, восприятие жизненных смыслов (Ларичев, 2003).

В связи с этим особое значение представляет выбор методов воздействия и влияния на сложившуюся в результате

патогенеза систему разноуровневых нарушений. Сложности представляют трудность в принятии зависимыми и членами их семей ответственности за свое поведение, а также ее перенос на близких значимых людей. Выбор трезвенной позиции часто воспринимается ими только лишь как трезвость химическая и не сопровождается глубоким переосмыслением ценностных и смысловых установок личности. Это в конечном итоге приводит к непродолжительным ремиссиям и частым срывам.

В длительной комплексной реабилитации важнейшим направлением деятельности является формирование установок на качественное изменение всего образа жизни пациента и членов его семьи, а также изменение стиля поведения всей семьи в целом (Бабурин, 2008, Nastasic, 2012). Рядом исследователей отмечено, что реабилитационные мероприятия в изолированных друг от друга сообществах зависимых людей или членов их семьи (характерно для англосаксонской традиции реабилитации, в том числе духовной направленности, например, 12-шаговая программа), способствуют разобщению членов семьи друг от друга и не могут включать совместный компонент семейной реабилитации (Zoričić, 2016). Практический опыт европейской школы по вопросам преодоления зависимостей показывает, что использование семейно-ориентированных программ помощи в большей степени способствует процессу установления гармоничных отношений в семье и коллективе за счет интенсивной актуализации естественных защитных механизмов семьи (Худолин, 1994).

С 1992 года в России действует программа семейной амбулаторной реабилитации людей, пристрастившихся к употреблению алкоголя и других психоактивных веществ и действий «Православные приходские семейные клубы трезвости (ППСКТ)». Программа возникла на стыке объединения усилий Русской Православной Церкви и мирового научного опыта в области реабилитации зависимых и членов их семей

и получила поддержку среди научной общественности, специалистов различных областей знаний, представителей духовенства. Разрешительной базой для осуществления деятельности семейных клубов трезвости в России являются основополагающие государственные медицинские и церковные документы. Профессиональное сопровождение программы, построенной на принципах терапевтического сообщества, осуществляет мультидисциплинарная команда специалистов (Бабурин с соавт., 2016). Мультидисциплинарный принцип работы и практическое применение семейного подхода (Бабурин с соавт., 2015) сочетаются с использованием религиозных копинг-стратегий (Магай, Казьмина, 2015).

Важным принципом работы, обеспечивающим успешное взаимодействие в группе специалистов, зависимых людей и членов их семей, является использование на практике принципов духовно-ориентированного диалога (Флоренская, 1998). Сочетанное применение диалогического общения и комплекса реабилитационных мероприятий делает возможным изменение ценностно-смысловых образований у зависимых людей и членов их семей. Обращение к духовному «Я» помогает глубокому ценностно-смысловому переосмыслению личности, способствует конструктивному переживанию трудных жизненных ситуаций. Во время диалогического общения происходит актуализация естественного защитного семейного механизма (Hudolin, 1986).

Об эффективности работы в семейных клубах трезвости может свидетельствовать научное исследование, проведенное в НЦПЗ в 2012–2015 гг., в ходе которого оценивалось качество ремиссии у людей, прошедших реабилитацию в семейных клубах трезвости (Бабурин, 2015).

# ПОКАЗАТЕЛИ ЭЭГ КАК КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ

Л.Н. Бизина<sup>1</sup>, В.Г. Агишев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> СПб ГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия»  
им. С.С. Мнухина»

<sup>2</sup> СПб ГКУЗ «Психоневрологический диспансер № 4»  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ (РОССИЯ)

---

## EEG AS THE CRITERIA FOR ASSESSING THE DYNAMICS OF AFFECTIVE DISORDERS AND THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF ALCOHOLIC PATIENTS WITH NON-PHARMACOLOGICAL METHODS

Bizina L.N.<sup>1</sup>, Agishev V.G.<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> SPBGKUZ «CVL «Child psychiatry» n. a. S.S. Mnukhin»,

<sup>2</sup> SPBGKUZ «Mentaldispensary №4»,

ST. PETERSBURG (RUSSIA)

---

**Цель работы:** оценка эффективности комплексного лечения больных алкоголизмом с применением нелекарственных методов при помощи ЭЭГ.

**Материалы и методы.** Обследовано 98 больных (32 женщины и 66 мужчин) с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя» (F10 по МКБ-10), в возрасте от 30 до 55 лет (в среднем, 47,3 ± 2,3 года), длительность заболевания от 7 до 15 лет (в среднем 9,6±0,5 года). Обследованные больные были разделены

на 4 группы согласно характеру применяемого терапевтического воздействия.

В 1, 2, 3-й группах на фоне психофармакотерапии использовались инструментальные методы лечения. В первой группе сравнения (26 человек) больные получали лечение инфракрасным лазером (ИК-лазер), методами транскраниальной электростимуляции (ТЭС) и биологической обратной связи (БОС) – группа комбинированной терапии. Во второй группе (22 человека) лечение проводилось с использованием ИК лазера. В третьей группе (26 человек) – ТЭС. 24 больных, получавших традиционную психофармакотерапию (ПФТ) – дезинтоксикационную, антидепрессанты, преимущественно селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в среднетерапевтических дозах – составили контрольную группу. Все больные прошли полный курс лечения продолжительностью 46 суток (стационарно и амбулаторно). Методы обследования включали анамнестический, клинко-психопатологический, катamnестический, экспериментально-психологические методы (объективные клинические шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, шкала тревожности Спилбергера, общая самооценочная шкала выраженности симптомов ААС, созданная на основе анкет А.Г. Гофмана и соавт. и И.В. Бокий и соавт.)

**Результаты.** На фоне улучшения психосоматического состояния больных происходило увеличение интенсивности альфа-ритма и уменьшение интенсивности бета-ритма по данным ЭЭГ. На 18 сутки в группе с комбинированным лечением интенсивность альфа-ритма была достоверно выше ( $41,1 \pm 1,4\%$ ), чем в группе, получавшей ИК-терапию ( $40,5 \pm 1,8\%$ ), и в контрольной группе ( $34,4 \pm 2,1\%$ ), а к 46 дню выше, чем во всех остальных группах (соответственно  $50,8 \pm 1,0\%$  – при комбинированной терапии, около  $40\%$  – в группе с ИК-терапией и ТЭС,  $34,6 \pm 2,0\%$  – в группе с ПФТ). Показатели альфа-ритма достоверно увеличивались в процессе терапии только при комбинированном лечении. Парал-

ельно происходило снижение интенсивности бета-ритма и к окончанию курса составило  $34,3 \pm 0,9\%$  при комбинированном лечении,  $44,3 \pm 2,0\%$  при ИК-терапии,  $42,3 \pm 2,0\%$  при ТЭС и  $47,4 \pm 2,7\%$  – в контрольной группе. Достоверные изменения бета-ритма наблюдались только при комбинированном лечении, в остальных группах достоверных различий между исходными показателями и последующими на разных этапах лечения в рамках одной группы не выявлено.

По сравнению с исходными данными к завершению курса лечения интенсивность альфа-ритма увеличилась на  $43,8\%$  в группе с комбинированной терапией, на  $13,4\%$  в группе с ИК-терапией, на  $9,8\%$  в группе с ТЭС, на  $1,6\%$  в контрольной группе; интенсивность бета-ритма уменьшилась на  $24,4\%$  в группе с комбинированной терапией, на  $5,4\%$  в группе с ИК-терапией, на  $6,4\%$  в группе с ТЭС, не изменилась в контрольной группе.

Динамика альфа- и бета-ритма достоверно коррелировала во всех группах с улучшением психического состояния, а именно уменьшением тревожно-депрессивной симптоматики и дисфории. Отмечалась отрицательная корреляция уменьшения показателей депрессии по шкале Гамильтона, сниженного настроения и дисфории по самооценочным шкалам и увеличения интенсивности альфа-ритма.

Отрицательная корреляция отмечалась также при уменьшении показателей тревоги по шкале Гамильтона и самооценочной шкале, РТ по шкале Спилбергера и увеличении интенсивности альфа-ритма. Уменьшение показателей депрессии по шкале Гамильтона, сниженного настроения и дисфории по самооценочной шкале положительно коррелировало с уменьшением интенсивности бета-ритма. Снижение показателей тревоги по шкале Гамильтона и самооценочной шкале, реактивной тревожности по шкале Спилбергера положительно коррелировало со снижением интенсивности бета-ритма.

Таким образом, интенсивность альфа- и бета-ритма отражает динамику аффективных расстройств у больных алко-

голизмом, эффективность терапии: уменьшение выраженности депрессии, дисфории, тревоги сопровождается повышением интенсивности альфа- и снижением интенсивности бета-ритма. Более выраженные позитивные изменения ЭЭГ и психического состояния произошли в группе больных, получавших комбинированное лечение: динамика показателей альфа- и бета-ритма достоверно коррелировала во всех группах с улучшением психического состояния.

# ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

**Е.А. Ванюшина, Н.А. Черная, А.В. Кожанов**

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный  
медицинский университет» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, кафедра психиатрии,  
наркологии и психотерапии с курсом психиатрии,  
психиатрии-наркологии ФУВ*

ВОЛГОГРАД (РОССИЯ)

---

## FEATURES OF ALCOHOL CONSUMPTION IN ADOLESCENCE

**E.A. Vanyushina, N.A. Chernaya, A.V. Kozhanov**

*Volgograd State Medical University, Department for Psychiatry,  
Narcology, Medical Psychology with the Course of Psychiatry*

VOLGOGRAD, RUSSIA

---

В настоящее время проблема раннего (подросткового) алкоголизма, как аддиктивного поведения в целом, стала одним из важнейших аспектов исследовательской работы отечественных и зарубежных ученых, ввиду того, что уровень алкоголизации подрастающего поколения в значительной степени может быть своеобразным индикатором психического здоровья нации.

**Актуальность темы.** Растущий уровень заболеваемости алкогольной зависимостью, в том числе и среди молодежи, делает данную проблему одной из важнейших, имеющих не только медицинское, но и социальное значение. Под ран-

ней алкоголизацией понимается знакомство со спиртными напитками в возрасте до 16 лет и регулярное их употребление; под ранней алкогольной зависимостью понимают появление признаков первой стадии болезни до 18 лет.

**Цель работы:** выявить современные тенденции и особенности ранней алкоголизации и сформировавшегося алкоголизма у лиц подросткового возраста.

**Задачи:**

1. Изучить особенности злоупотребления спиртными напитками в пубертатном и постпубертатном периодах.

2. Выполнить сравнительный анализ раннего алкоголизма по половому признаку.

**Материалы и методы:** Были проанализированы 68 случаев обращения в один из наркологических кабинетов г. Волгограда за период с 2014 по 2016 год, в возрасте от 15 до 20 лет, что составило 8,9% от общего числа обратившихся за помощью больных с алкогольной зависимостью. В исследовании применялся клинико-эпидемиологический метод, с последующей методической обработкой полученных результатов.

**Результаты:** Среди обратившихся юноши составили 63,85% (46 человек), девушки соответственно 36,2% (22 человека). Диагноз «алкогольная зависимость» был выставлен 40 (58,8%) пациентам, у остальных прием спиртного не достигал уровня алкоголизма и расценивался как ранняя алкоголизация (бытовое пьянство). Среди лиц с алкогольной зависимостью юноши составили 75% (30 человек), девушки 25% (10 человек). При этом алкогольная зависимость 1-й стадии была установлена у 30 человек (75% от общего числа алкоголиков, 20 юношей, 10 девушек). Алкогольная зависимость 2-й стадии была выявлена у 10 человек (25%, все юноши). Таким образом, соотношение между юношами и девушками, которым ставился диагноз алкогольной зависимости, в пубертатном периоде был 4:1 (среди взрослого населения Волгограда такое соотношение составляет 5:1).

Существенные различия в типе употребляемых спиртных напитков позволили распределить подростков на две группы. Первую группу составили лица, предпочитающие слабоалкогольные напитки (до 8–9 % чистого алкоголя). В эту группу вошло абсолютное большинство подростков – 73,5 % (50 человек: 30 юношей и 20 девушек). У половины из них (16 юношей и 9 девушек) размеры пьянства достигли критериев алкогольной зависимости 1-й стадии. Таким образом, соотношение юношей и девушек, злоупотребляющих легкими алкогольными напитками, было 3:2, а среди пациентов с алкогольной зависимостью из этой группы – менее 2:1, эти данные свидетельствуют об увеличении доли девушек, злоупотребляющих легкими алкогольными напитками.

Вторую группу составили подростки, предпочитающие крепкие спиртные напитки. Их оказалось меньшинство – 26,5% (18 человек, 16 юношей и 2 девушки). Диагноз алкогольной зависимости (в эту группу вошли все больные со 2-й стадией зависимости) был поставлен 12 юношам и 2 девушкам (88,8%).

Важным представляется, что у 36 человек (52,9%) отмечалось эпизодическое сочетанное употребление алкоголя с наркотическими или токсическими веществами. Табакокурение отмечалось у 55 (81%) подростков. В группе подростков, сочетано употребляющих алкоголь и наркотики, преобладали юноши – 30 человек (83,3%). Абсолютное большинство (88,8%) совмещали наркотики именно с легкими алкогольными напитками.

**Выводы:** 1. Современные подростки предпочитают слабоалкогольные напитки, которые они могут сочетать с «легкими» наркотиками и транквилизаторами. Это является одной из важных особенностей аддиктивного поведения на современном этапе.

2. Соотношение юношей и девушек среди злоупотребляющих слабоалкогольными напитками снижается, что сви-

детельствует о вероятном росте женского алкоголизма в будущем.

3. Полная анозогнозия, отмечающаяся у подростков, употребляющих слабоалкогольные напитки, требует разработки современных подходов профилактики и психотерапии этой формы ранней алкоголизации.

**Заключение:** особенности ранней алкоголизации на современном этапе в виде частого сочетанного употребления слабоалкогольных напитков и наркотиков, к сожалению, свидетельствует о том, что подростки выбирают именно этот вариант аддиктивного поведения. Регулярное и чрезмерное потребление пива приводит к так называемому «пивному» алкоголизму – одной из актуальных проблем наркологии в наше время.

# **ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА И СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Т.М. Васильева<sup>1</sup>, Н.Е. Максимова<sup>1</sup>,  
С.С. Ремизова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *ГБУЗ ОКПНД «Областной клинический  
психоневрологический диспансер»*

<sup>2</sup> *ТвГУ «Тверской государственный университет»,  
кафедра психологии труда, организационной и клинической  
психологии факультета психологии и социальной работы*

ТВЕРЬ (РОССИЯ)

---

## **THE RELATIONSHIP OF EXPRESSION OF NEUROCOGNITIVE DEFICITS AND SOCIAL INTELLIGENCE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

**T.M. Vasilyeva<sup>1</sup>, N.E. Maximova<sup>1</sup>, S.S. Remizova<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Regional clinical psychoneurological dispensary;*

<sup>2</sup> *TSU «Tver State University», department of psychology of work,  
organizational and clinical psychology Faculty of Psychology and Social Work*

TVER (RUSSIA)

---

В настоящее время в клинической психологии проведено значительное количество исследований нарушений познавательных процессов при шизофрении. Однако в понимании природы болезни, в вопросах лечения и реабилитации когнитивным аномалиям до недавнего времени отводилась второстепенная роль.

В исследованиях М. Магомедовой (2002); Nuechterlein, Dawson, (1984), Green (1994) высказывались мнения о том,

что шизофрения и расстройства шизофренического спектра относятся к «нейрокогнитивным заболеваниям», поскольку нарушения познавательных процессов у больных шизофренией являются «сердцевиной» болезни, ключевым дефектом.

Понятие нейрокогнитивного дефицита вошло в тезаурус психиатрии и медицинской психологии в начале 90-х гг.

Термин «дефицит», или «недостаточность», определяется как «наличие относительно тяжелого, продолжительного, но принципиально поддающегося реабилитации нарушения – соматического, умственного, психического либо затрагивающего органы чувств, которое субъективно или объективно затрудняет жизнь и может иметь следствием отклоняющееся поведение» (Й. Цубер, Й. Вейс, У. Кох, 2006).

Оставаясь в наличии даже в ремиссиях заболевания и при исчезновении симптомов, нейрокогнитивный дефицит может препятствовать реинтеграции в общество (Т. Sharma, 1999), являясь своеобразным «фактором ограничения» адаптационных возможностей пациента. P.W. Corrigan, R. Toomey (1995) рассматривали способность разрешать проблемы применительно к социальной компетентности как разновидность обработки социальной информации.

Поскольку состояние и динамика познавательных процессов служит важным компонентом, влияющим на социальное приспособление пациентов, актуально выяснение характера взаимоотношений динамики когнитивных нарушений со способностью правильно понимать мысли, чувства и поведение людей.

**Целью** нашего исследования являлось установление взаимосвязи выраженности нейрокогнитивного дефицита и социального интеллекта у лиц, страдающих шизофренией. Мы предположили, что, чем более выражен нейрокогнитивный дефицит, тем более снижен социальный интеллект.

Нейрокогнитивный дефицит определяется как недостаточность высших психических функций (памяти, внимания, мышления, речи), исполнительских функций (executivefunc-

tions), их произвольной регуляции и контроля, развившихся вследствие структурно-функциональных нарушений головного мозга. Он в значительной степени определяет социальный и терапевтический прогноз заболевания и может препятствовать реинтеграции больного в общество.

В ходе эмпирического исследования были использованы такие методы, как: анализ истории болезни; «краткая схема нейропсихологического обследования по шкале оценки когнитивных процессов» (Н.К. Корсакова, Т.В. Филатова) под редакцией Магомедовой; тест «Социального интеллекта» Дж. Гилфорда; метод математической обработки «Статистический пакет для социальных наук».

Было выявлено, что при нарастании нарушения нейрокогнитивных функций социальный интеллект снижается. Также выявлены достоверные различия уровня социального интеллекта у пациентов трех групп исследования с разным уровнем нейрокогнитивного дефицита. Мы считаем, что те когнитивные функции, которые не имеют достоверной связи с социальным интеллектом, являются базой, на которой лучше развивать социальный интеллект.

Наиболее выражено нарушены оказались такие параметры нейрокогнитивного дефицита, как зрительная память, зрительный гнозис, отсроченное воспроизведение 5 слов, двух предложений, сложной фигуры, а также мышление.

Путем эмпирического измерения с помощью программы «Статистический пакет для социальных наук» через описательную статистику мы сформировали 3 экспериментальные группы по показателям выраженности нейрокогнитивного дефицита – группы с легким нейрокогнитивным дефицитом, с нейрокогнитивным дефицитом средней выраженности, а также группу с выраженным нейрокогнитивным дефицитом.

Было установлено, что в целом, по общей группе, способности к познанию поведения сохранны: показателей социального интеллекта, соответствующих низким значениям, не обнаружено. Обнаружен ряд отрицательных взаимосвязей

между показателями нейрокогнитивного дефицита и социального интеллекта, то есть чем выше уровень нейрокогнитивного дефицита, тем ниже социальный интеллект. В первой группе исследования с легкой степенью нейрокогнитивного дефицита и во второй группе исследования со средневывраженными нарушениями наиболее выражена взаимосвязь между социальным интеллектом и зрительной памятью, что в некоторой степени может быть связано с особенностями теста «Социальный интеллект» Гилфорда, который построен на особенностях восприятия. Максимальное количество взаимосвязей обнаружено в группе с выраженным нейрокогнитивным дефицитом, то есть зависимость социального интеллекта от уровня нейрокогнитивного дефицита в наибольшей степени характерна при выраженном нейрокогнитивном дефиците.

У пациентов с легкими и средневывраженными нейрокогнитивными нарушениями выявлена достоверная взаимосвязь зрительной памяти со способностью к пониманию логики развития ситуаций, взаимоотношений и значения поведения людей в этих ситуациях. Следовательно, для улучшения приспособления к окружающему миру и повышения социального интеллекта у таких пациентов нужно тренировать зрительную память.

У пациентов со средневывраженными нейрокогнитивными нарушениями также выявляется отрицательная взаимосвязь социального интеллекта с показателем контроля за своими действиями. В группе с выраженными нейрокогнитивными нарушениями выявляется отрицательная взаимосвязь социального интеллекта с показателями «мышление» и «слухоречевая память». А показатель способности к различению невербальных реакций другого отрицательно коррелирует с нарушением способности выполнять последовательные комплексы движений и совершать целенаправленные действия по выработанному плану.

Таким образом, обнаружен ряд отрицательных взаимосвязей между показателями нейрокогнитивного дефицита и

социального интеллекта, то есть чем выше уровень нейрокогнитивного дефицита, тем ниже социальный интеллект. В наибольшей степени социальный интеллект зависит от уровня нарушений зрительной памяти, мышления, слухоречевой памяти, нарушения способности выполнять последовательные комплексы движений и совершать целенаправленные действия по выработанному плану. Результаты исследования позволяют сделать вывод, что для пациентов, страдающих шизофренией, в психокоррекционную программу, направленную на развитие социального интеллекта, целесообразно включать упражнения на тренировку вышеперечисленных нейрокогнитивных функций.

# ХРОНО-СПЕЦИФИКАТОР КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ТРЕНД

**М.Ю. Герасимчук**

*ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М.Сеченова,  
кафедра психиатрии и наркологии лечебного факультета*

МОСКВА (РОССИЯ)

---

## CHRONO-SPECIFIER AS AN INTERDISCIPLINARY TREND

**M.Y. Gerasimchuk**

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,  
Department of Psychiatry and narcology of the Medical Faculty*

MOSCOW (RUSSIA)

---

Психиатрия и наркология, напоминая нить ДНК, существуя самостоятельно, комплементарно соединены друг с другом множеством связей: специфичные преморбидные черты, взаимообуславливаемость, истинное сочетание двух заболеваний (dual disorders) и коморбидность, хроноинфроструктура (Antúnez J.M., 2016; Lalanne L., 2016). Наркологический прием представлен психопатологией всех регистров: поражения центральной нервной системы (судорожные припадки, типичные варианты алкогольного делирия, энцефалопатия Вернике, корсаковский психоз, алкогольная деменция); атипичный алкогольный делирий, алкогольный параноид, острые и хронические алкогольные галлюцинозы, алкогольный бред ревности (Сиволап Ю.П., 2007).

История изучения употребления алкоголя и биоритмических сбоях насчитывает более 70 лет (Saar, Paulus, 1941), за это время было установлено следующее:

– утреннее потребление приводит к большей его концентрации, токсичности и быстрой элиминации (циркадная активность алкогольдегидрогеназы), понижению температуры тела относительно контроля, «хронокинетика алкоголя», хронотоксичность, хроноэстезия (Haus E., Halberg F., 1959);

– этанол может выступать как стимулятор (вечерний прием) или как депрессант (утренний прием) выработки кортизола (Reinberg A., 1992);

– больные алкоголизмом имеют низкие показатели секреции ночного мелатонина (>50 %) – менее 30 пг/мл (Schmitz M., 1998), как в фазе абстиненции, так и ремиссии, сохраняющееся при полной отмене алкоголя по крайней мере еще в течение 3 недель;

– установлена сезонность заболеваемости алкогольными психозами, метеотропность вариаций алкогольного травматизма; важнейшее производное злоупотребления – завершённые суициды (связь с днем недели, месяцем, временем суток).

Предполагается, что патология, вызванная хронической интоксикацией, может быть следствием длительного внутрисистемного десинхроноза (Пятницкая И.Н., 1981). Можно предположить, что это сочетание индуцированного (периферического или комплексного генеза), патологического и возрастного десинхронозов. Сочетание закономерного снижения количества рецепторов к мелатонину с возрастом (MT1, MT2, Mel1c) и алкоголь-обусловленного приводят к быстрому физиологическому старению больных.

Подобная активность в научной среде ставит ряд аналогичных вопросов перед другими пандемиями. В показателях распространенности расстройств депрессивного спектра (учитывая большую депрессию, дистимию и др., DSM) они составляют 24,6 % в популяции (Angst J., 2003). При этом в литературе встречаются лишь единичные работы, посвященные специальному изучению биоритмических закономерностей в возникновении и течении этого распространенного заболевания.

**Цель:** изучить влияние хроно-биологических факторов на психопатологию и клинику депрессий.

**Материалы и методы:** из числа стационарных больных, находившихся на лечении в УКБ № 3 Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, была сформирована выборка больных в состоянии депрессии, которые соответствовали следующим критериям включения: 1) соответствие критериям рубрик «Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии» (F31.3–F31.5); «Депрессивный эпизод» (F32); «Рекуррентное аффективное расстройство» (F33.1–F33.3); 2) возраст старше 18 лет; 3) отсутствие тяжелой соматической патологии; 4) наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании. Учитывая поставленные задачи, больные с депрессивным состоянием в рамках шизофрении, органического поражения ЦНС, болезней зависимостей (алкоголизм, наркомания) в работу не включались. Выборку составили 35 человек от 21 до 73 лет (средний возраст  $49 \pm 14,8$  лет): 24 женщины, 11 мужчин. Психометрическая оценка осуществлялась с помощью HADS, MADRS, CGI, MEQ-SA.

**Результаты:** в исследовании было показано, что депрессивное расстройство – континуум различных по тяжести симптомов; эволюция, которую претерпевает состояние на протяжении всей жизни непрерывно спаяно с хронобиологическими нарушениями.

Влияние хроно-факторов прослеживается на всех этапах онтогенеза. Получены доказательства того, что задающие ритм nucleus suprachiasmaticus подвержены влияниям материнской среды (недостаточное питание, стресс и прием лекарственных препаратов). Была продемонстрирована связь между месяцем рождения и формой развившегося заболевания: при БАР выраженный пик приходился на январь; при первом депрессивном эпизоде – на май, при повторных – на июнь. У больных с замедленным циркадианным ритмом

(30,8%) наблюдался более ранний возраст начала, большая продолжительность заболевания и число перенесенных эпизодов депрессии, выраженная наследственная отягощенность по аффективным расстройствам в сравнении с группой с ускоренным ритмом. Тип течения аффективного расстройства определял отдельные структурные характеристики десинхроноза.

**Выводы.** Архитектоника биоритмов является уникальной характеристикой индивида, а следовательно может стать мишенью персонифицированного подхода, решением комплексной и многогранной проблемы психической патологии. Современная психиатрия, готова меняться, наращивать научный потенциал и взаимодействие как внутри одной специальности, так и за ее пределами, активно претворять достижения, полученные в экспериментально-исследовательских разработках в клиническую практику.

**ПЕРИПЕНИТЕНЦИАРНАЯ НАРКОЛОГИЯ:  
АКТУАЛЬНОСТЬ, МЕТОДОЛОГИЯ  
И КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

**А.А. Глушко, Е.А. Брюн, С.Г. Копоров,  
О.И. Трифонов, Д.С. Копоров, Е.А. Булкина**

*ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»*

МОСКВА (РОССИЯ)

---

**PERI-PENITENTIARY NARCOLOGY:  
RELEVANCE, METHODOLOGY  
AND PERFORMANCE CRITERIA**

**A.A. Glushko, E.A. Bryun, S.G. Koporov, O.I. Trifonov,  
D.S. Koporov, E.A. Bulkina**

*Moscow Research and Practical Center of Addictions*

MOSCOW (RUSSIA)

---

**Актуальность.** У истоков создания медико-социальной и трудовой реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями, в Советском Союзе стоял Эдуард Семенович Дроздов. При его активном участии была создана эффективная и научно-обоснованная система лечения и ресоциализации наркологических больных в структуре лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП).

Основным недостатком ЛТП того времени было практически полное отсутствие, а порой недостаточно адекватное применение судебной-исполнительной власти. Она не была интегрирована в лечебно-реабилитационный процесс, что привело к значительным искажениям самого понятия –

«принцип обязательного лечения», который трактовался как «принцип принудительного лечения», что не одно и то же.

Системные нарушения *принципа обязательного лечения* и межведомственная дезинтеграция фактически способствовали созданию двух моделей принудительного (а не обязательного) лечения с подчинением Минздраву и МВД. Ведомственная разобщенность, отсутствие должной координации и взаимодействия между структурами МВД и лечебными учреждениями влияли на эффективность и результативность работы ЛТП.

Анализ опыта зарубежных стран показывает, что во многих странах (США, Китай, Европа, Индонезия и др.) отношение институтов власти к больным, страдающим зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), тактика и стратегия лечения значительно отличаются. Жесткое, а чаще жестокое отношение с применением высшей меры наказания практикует Китай и ряд азиатских стран, так сложилось исторически.

«Двойные стандарты» не только в политике и дипломатии, но также и по отношению к лицам с зависимостью от ПАВ практикуются в США. Департамент здравоохранения США оказывает помощь только на этапе острой интоксикации и интенсивной терапии, а дальнейшее лечение, реабилитация и профилактика существуют самостоятельно, вне государственных институтов в виде сообществ «анонимных наркоманов и алкоголиков». После 3–5–7-дневного периода детоксикации дальнейшая судьба наркомана для системы здравоохранения США уже неактуальна. В США даже нет профессии врач психиатр-нарколог.

Ряд европейских стран услужливо поглядывают на США или исповедуют крайние псевдолиберальные, а порой и «перверзивные», в клиническом смысле психопатологические ценности, противоречащие *jus naturale* – естественному праву человека, дарованному природой и здравому смыслу.

В Европе практикуются «оазисы легких наркотиков» (Голландия), открытая пропаганда приема наркотиков по-

средством программы «снижения вреда» с раздачей кондомов и шприцев, заместительная терапия метадонотом (пролонгированный наркотик опийного ряда), которая не имеет ни научного обоснования, ни морально-этического и деонтологического права на существование.

В связи с особой социальной значимостью болезней зависимости в современном обществе, угрожающих национальной безопасности, способствующих вырождению и деградации нации, возникла цивилизационная необходимость развития *перипенициарной наркологии*.

*Peri* (гр.) – возле, около, вокруг. Пенициарный (ср.-лат. *poenitentiarius* – исправительный) – относящийся к наказанию, преимущественно уголовному. Пенициарная (уголовно-исполнительная) система (от лат. *poenitentia* – раскаяние, исправление) – государственный институт, ведающий исполнением уголовных наказаний, наложенных на граждан в соответствии с законом и решением суда. Под *пенициарной наркологией* следует понимать уголовное наказание с реальным осуждением по статьям УК, связанным с оборотом наркотических средств и оказанием медицинской помощи в лечебных учреждениях закрытого типа при исполнении наказаний.

*Перипенициарная наркология исключает реальное осуждение, а включает в себя условное наказание по приговору суда с обязательным лечением в лечебных учреждениях открытого типа на общих основаниях, причем с обязательным письменным согласием больного, осужденного условно, на лечение по решению суда. Таким образом, права и свободы гражданина защищаются дважды. Сначала при вынесении приговора суда с формулировкой «условное осуждение с обязательным лечением» и затем уже при непосредственном лечении гражданин также дает согласие на медицинское вмешательство на общих основаниях.*

Таким образом, под *перипенициарной наркологией* следует понимать комплекс мер медицинского, юридически-

правового, судебного и репрессивного (пенитенциарного) характера, направленных на обязательное и осознанное по умолчанию, а не принудительное лечение болезней зависимости, которое практиковалось в эпоху ЛТП.

К социально значимым заболеваниям относятся особо опасные инфекции, среди которых, в качестве примера, можно выделить туберкулез. Лечение и профилактика туберкулеза осуществляется без решения суда и принуждения, а по умолчанию.

Конечной целью перипенитенциарной наркологии также является обязательное лечение по умолчанию, однако для этого должно измениться социальное самосознание граждан и институтов власти. На начальном (переходном) этапе развития и внедрения перипенитенциарной наркологии в качестве важного инструмента формирования зрелого и ответственного самосознания граждан в восприятии болезней зависимости как особо опасных заболеваний является активное вовлечение судебной исполнительной власти.

На начальном этапе внедрения перипенитенциарной наркологии только суд позволит формировать у граждан и в обществе в целом зрелое самосознание и осознание социальной значимости болезней зависимости.

Первые шаги в выработке принципиально нового подхода в лечении и профилактике болезней зависимости, а также повышении их социальной значимости в 2013 г. были сделаны совместно *Департаментом здравоохранения Москвы (ДЗМ), Московским научно-практическим центром наркологии (МНПЦ наркологии) и Управлением Федеральной службы исполнения наказаний (УФСИН) по городу Москве.*

Разработана новая методология лечения и профилактики болезней зависимости, которая никаким образом не ущемляет права и свободы граждан, а направлена на повышение самосознания и снижения порога чувствительности общества и отдельной личности к болезням зависимости и

их тяжелым социальным и индивидуальным последствиям с прогрессирующей инвалидизацией и деградацией личности.

**Методология.** В связи с либерализацией законодательства РФ в части смягчения статей УК РФ применительно к лицам, совершившим правонарушения и страдающим зависимостью от психоактивных веществ, значительно возросла роль *врача психиатра-нарколога* в организации и практической реализации лечебно-реабилитационного процесса.

При участии Департамента Здравоохранения Москвы (ДЗМ), Московского научно-практического центра наркологии (МНПЦН) и Управления Федеральной службы исполнения наказаний (УФСИН) по городу Москве при непосредственном участии Копорова С.Г. разработана и эффективно применяется с 2013 года модель обязательного лечения лиц с зависимостью от ПАВ по решению (приговору) суда. Приказ № 647/62 от 28 мая 2013 г.

В процессе разработки комплексной и высококоординированной межведомственной программы лечения и реабилитации наркозависимых лиц по решению суда учтен негативный опыт прошлого, когда решение судебных органов власти не всегда учитывалось при направлении на лечение в ЛТП и реализации лечебно-реабилитационных программ.

Работа ЛТП строилась на недостаточно эффективном взаимодействии между личностью больного, лечебным учреждением и структурами МВД, что привело к отсутствию юридически-правовой, гражданской (соблюдение прав и свобод граждан), медицинской (клиническое обоснование) и уголовно-процессуальной (решение суда) координации и последующей ликвидации всех институтов ЛТП.

В соответствии с Приказом № 647/62 от 28 мая 2013 г. «Об организации взаимодействия ГБУЗ МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения города Москвы и ФКУ УИИ ФСИН России по городу Москве, направленных на реализацию решения суда по обязательному лечению больных, совершивших те или иные правонарушения и осужденных ус-

ловно с обязательным лечением, основополагающим принципом является строгое соблюдение межведомственной координации и взаимодействия между МНПЦ наркологии и УИИ УФСИН.

С методологической и клинико-терапевтической точки зрения лечение больных по приговору суда и добровольно осуществляется врачами психиатрами-наркологами в соответствии с утвержденными «Стандартами» оказания многопрофильной и специализированной помощи наркологическим больным, включая стандарты лечения, профилактики и реабилитации.

Таким образом, *перипенитенциарная наркология* является прежде всего клинической отраслью медицины, в которой главную роль играет врач психиатр-нарколог. Судебные и пенитенциарные органы, включая уголовно-исполнительную инспекцию УФСИН, при осуществлении контроля осужденных условно с обязательным лечением по суду руководствуются прежде всего медицинскими критериями.

**Критерии эффективности.** С целью оптимизации оценки восстановления интегрального и дифференциального функционирования личности в биофизической, психической и социально-психологической сферах нами выделены следующие критерии эффективности лечения и реабилитации лиц, проходящих многоцелевую лечебно-реабилитационную программу в перипенитенциарных условиях.

Всем пациентам по решению суда вынесены условные сроки наказания, лечение осуществляется в условиях ограниченного и контролируемого поведения пациентов в процессе реализации лечебно-реабилитационных программ. Основополагающим принципом перипенитенциарной наркологии является *«принцип условного ограничения свободы»* с целью принуждения больной личности к лечению и ресоциализации.

**Критерии эффективности перпенитенциарной модели лечения и реабилитации.**

1. *Клинико-нозологический критерий (К)* подразумевает полный отказ от психоактивного вещества и отрицательное решение проблемы «культурного питания» при резидуальных органических расстройствах, эпилептиформном синдроме и эндогенных коморбидных состояниях.

2. *Клинико-синдромологический К* включает редукцию или компенсацию негативных и позитивных психических расстройств зависимой личности.

3. *Персоналогический (личностный, поведенческий, психологический) К* определяет степень редукции патологических аддиктивных стереотипов поведения, разрыв с патологической «аддиктивной средой», а также восстановление нормативных поведенческих паттернов личности в социуме.

4. *Окупационный критерий (занятость и труд)* включает обретение профессии, вид занятости (полная, частичная) и степень вовлеченности в социальные, производственные отношения. *Трудовая активность* гражданина.

5. *Микросоциальный или нуклеарный (семейный) критерий* отражает формирование зрелых и ответственных семейных отношений. *Способность создать семью, основанную на традиционных культурных популяционно-этнических ценностях.*

6. *Макросоциальный критерий* включает интегрированность больного в многообразную созидательную (недеструктивную) жизнь гражданского общества, включая восстановление и дальнейшее развитие высших личностно-социальных категорий. *Экстрапсихический, социоцентрический (статусный) личностный рост.*

7. *Аксиологический критерий.* Обретение смысла и ценности жизни без психоактивных веществ во всем ее многообразии, включая экзистенциальные, гносеологические и личностно-духовные категории. *Интрапсихический (транцендентный, трансперсональный) личностный рост.*

**Заключение.** Перипенитенциарная наркология на первом этапе допускает меры принуждения по суду, что позво-

ляет формировать в обществе зрелое медицинское правовое самосознание, которое позволит в будущем лечить больных с синдромом зависимости в обязательном порядке, не прибегая к судебной практике, а по умолчанию, как сейчас организовано лечение и профилактика туберкулеза, включая другие особо опасные заболевания.

Перипенитенциарная наркология является, прежде всего, клинической отраслью медицины, в которой осевым критерием является медицинский, а главная ответственность возлагается на врача психиатра-нарколога.

Судебные и пенитенциарные органы, включая уголовно-исполнительную инспекцию УФСИН, при осуществлении контроля осужденных условно с обязательным лечением по суду руководствуются прежде всего медицинскими критериями.

Главным принципом перипенитенциарной наркологии является не мера уголовного наказания, а пенитенциарно опосредованное принуждение больной личности к здоровому образу жизни. Это тяжело, но выполнимо в эволюционной перспективе, по мере формирования в обществе зрелого самосознания болезней зависимости, как особо опасных неинфекционных токсико-наркотических поражений индивида, способных уничтожить не только отдельную личность, но привести к депопуляции и вымиранию целых цивилизаций.

**ПРОГРАММА  
«СОЗНАТЕЛЬНАЯ ТРЕЗВОСТЬ»  
КАК ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМНОЙ  
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ  
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

**Р.И. Захаров<sup>1</sup>, И.А. Уваров<sup>2</sup>, С.А. Волгин<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия  
непрерывного последипломного образования  
Минздрава России»*

<sup>2</sup> *ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская  
академия Минздрава России»*

<sup>3</sup> *ООО «Стиал»*

ИЖЕВСК (РОССИЯ)

---

**THE «CONSCIOUS SOBRIETY» AS AN ELEMENT  
OF THE SYSTEM ETIOPATHOGENIC THERAPY  
OF ALCOHOL DEPENDENCE**

**R.I. Zakharov<sup>1</sup>, I.A. Uvarov<sup>2</sup>, S.A. Volgin<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *FSBI APE «Russian Medical Academy of Postgraduate Education  
of continuous Russian Ministry of Health»*

<sup>2</sup> *FSBI HE «Izhevsk State Medical Academy, Russian Ministry of Health»*

<sup>3</sup> *«Styale» LTD,*

IZHEVSK (RUSSIA)

---

В основе формирования стереотипов алкогольного мышления лежат алкогольные традиции, которые реализуются через такие механизмы научения, как: подражание, рефлекс-импринты-якоря-ассоциации, оперантное, когни-

тивное и волновое научение. Системная этиопатогенетическая психотерапия – это процесс обучения адаптивным стереотипам мышления и поведения больных алкоголизмом.

Поэтому на первом этапе проводится коррекция стереотипов мышления и поведения. Программа «Сознательная трезвость» основана на том принципе, что больному дается понять, что он сам, добровольно, осознанно употреблял спиртное и получал от этого удовольствие. И осознание трезвости, формирование влечения к трезвости, обучение навыку получать удовольствие в трезвости является первым шагом программы.

«Сознательная трезвость» предлагает человеку альтернативу – научиться получать удовольствие от трезвости. Нередко для больных это каторжный труд – учиться новому поведению, идти против традиций пьющего общества, которое отстаивает свою идеологию («не пьют только больные или “кодированные”»), т.е. трезвость осуждается). И многим проще «умереть», сначала в социальном плане (потеря семьи, работы, здоровья), а потом и физически, чем лишиться себя удовольствия.

Поднимается вопрос, что для больного важнее: получить удовольствие от первой рюмки, принятой после некоторого этапа трезвости, или получить удовольствие от общения с ребенком, женой, матерью?

Вторым этапом программы является обучение трезвости. Как предупредить влечение? Как снять влечение? Как отказаться с достоинством от выпивки? Как вести себя в пьющем обществе?

Третий этап программы – ликвидация последствий пьянства (коррекция аффективных расстройств, нормализация сна). На этом этапе проводится обучение основам саморегуляции, без которой больные алкоголизмом, как правило, не могут снять напряжение. Проводится работа с созависимыми (улучшение семейных отношений, обучение семьи жить с трезвенником, нормализация производственных отношений).

У программы «Сознательная трезвость» существует несколько модификаций. Для людей, проходящих многократно лечение, разработана программа «Сознательная трезвость – 2», в которой одним из этапов является формирование веры в успех выздоровления. Для терапии больных пивным алкоголизмом существует модификация «Сознательная трезвость – 3».

Одно из проявлений алкогольной зависимости – токсическая алкогольная энцефалопатия. Для этого используется программа Я.П. Гирича – немедикаментозное лечение хронических алкогольных энцефалопатий. Психотерапевтические формулы звучат на фоне музыки. Сеанс начинается с телесно-ориентированной психотерапевтической методики прерывания патологических рефлексов на пораженный орган с нервной системы. В нее включен комплекс миорелаксационных и собственно психотерапевтических приемов, анатомо-физиологическая обоснованность и терапевтическая эффективность которых доказана экспериментально и клинически.

Параллельно с этим проводится лечение внутренних органов и систем, пораженных хронической алкогольной интоксикацией с обязательным привлечением врача-терапевта. Одной из первых у мужчин поражается репродуктивная система, одними из самых частых проявлений которой являются сексуальные расстройства (ослабление либидо в трезвом состоянии, задержка семяизвержения, раннее семяизвержение, ослабление эрекции). Данные проявления укладываются в понятие «токсическая кастрация», и в ряде случаев это понятие является мощным эмоционально-стрессовым фактором для начала обучения трезвости.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА  
ШИЗОФРЕНИИ, ИНТОКСИКАЦИОННЫХ  
ПСИХОЗОВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ  
СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ  
И ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ**

**Д.А. Гуреева<sup>1</sup>, Г.А. Гуреев<sup>2</sup>, И.А. Уваров<sup>3</sup>,  
В.Т. Лекомцев<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *БУЗ и СПЭ «Республиканская клиническая  
психиатрическая больница МЗ Удмуртской Республики»<sup>1</sup>*

<sup>2</sup> *БУЗ «Республиканский наркологический диспансер  
МЗ Удмуртской Республики»<sup>2</sup>*

<sup>3</sup> *ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская  
академия Минздрава России»<sup>3</sup>*

ИЖЕВСК (РОССИЯ)

---

**DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PSYCHOSIS  
IN SCHIZOPHRENIA, ORGANIC LESION  
OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM AND IN THE USE  
OF SMOKING MIXTURES**

**D.A. Gureeva<sup>1</sup>, G.A. Gureev<sup>2</sup>, I.A. Uvarov<sup>3</sup>, V.T. Lekomtsev<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *Udmurt Republican Psychiatric Hospital*

<sup>2</sup> *Udmurt Republican Narcological Dispensary*

<sup>3</sup> *Izhevsk State Medical Academy,  
department of psychiatry addiction and medical psychology*

IZHEVSK (RUSSIA)

---

В последние годы распространение новых психоактивных веществ является весьма актуальной проблемой. По

данном Управления ФСКН России по Удмуртской Республике, начиная с 2011 года по настоящее время было выявлено более 700 видов новых психоактивных веществ, являющихся аналогами или производными наркотических средств и психотропных веществ.

Только в сентябре 2014 года во многих субъектах Российской Федерации отмечен всплеск массовых отравлений и связанных с этим развитием интоксикационных психозов, в том числе со смертельными исходами, новыми психоактивными веществами – курительные смеси («спайс») [2].

Первые опыты по синтезу классических каннабиноидов в западных лабораториях были начаты в 1960-х г. В 1964 году израильские химики Р. Мешулам и Й. Гаони открыли формулу тетрагидроканнабинола (ТГК) – основного психоактивного вещества в составе марихуаны. Целью дальнейших лабораторных исследований ставился синтез ТГК и других действующих веществ в составе соцветий конопли химическим путем. В 1970-х и 80-х годах американской фармацевтической компанией Pfizer были впервые синтезированы циклогексилфенолы (каннабиноиды серии СР) [1].

Большая часть синтетических каннабиноидов, известных сегодня как нафтоиндолы (серия JWH), была синтезирована американским химиком Джоном Хаффманом (англ. John W. Huffman) в лаборатории университета Клемсон с 1995 г. Все каннабиноиды, которые разработал и запатентовал Хаффман, маркируются инициалами его имени – JWH.

Летом 1995 года студентами Джонни Хаффмана впервые было изготовлено 100 миллиграммов JWH-018 (синтетического каннабиноида). Его действие долгое время тестировали в лабораторных условиях, изучая его на мышах.

В ходе исследований Хаффман выяснил, что JWH-018 связывается с рецептором каннабиноида (CB1) мозга в 4 раза более сильнее, чем тетрагидроканнабинол, и связывается с периферическими (CB2) рецепторами в 10 раз крепче. После он предположил, что это может повлечь за собой сильней-

шую зависимость к психоактивным веществам. Джон Хаффман прекратил работу над JWH-018 вместе со своей исследовательской группой не так давно, но другие люди не оставили в покое каннабиноиды. В итоге JWH-018 появился в качестве курительной смеси, которая заменяет другие ПАВ.

Сложностью, актуальной по сегодняшний день, является возможность легко видоизменять формулу синтетических каннабиноидов, получая тысячи комбинаций различных по химической структуре веществ с одинаковым действием. Когда определенный вид синтетического наркотика попадал в списки запрещенных веществ, нарколаборатории химическим путем незначительно изменяли его формулу и таким образом получали вещество с такими же психоактивными свойствами, но принципиально новой формулой. В настоящее время большая часть синтетических каннабиноидов включена в списки запрещенных наркотических и психотропных средств во многих странах мира. Из-за новизны наркотика влияние синтетических каннабиноидов на организм человека изучено сегодня недостаточно [5, 4].

Отравления данными веществами нередко сопровождаются психотическими расстройствами, которые трудно дифференцировать от психозов при других психических заболеваниях [6]. Особенно этот вопрос остро стоит перед врачами-наркологами и психиатрами для определения дальнейшей тактики оказания экстренной помощи и дальнейшего лечения пациента, анамнез которого порой невозможно собрать из-за тяжести психосоматического состояния в момент поступления [3]. В связи с этим изучение данной проблемы представляется важной и актуальной задачей на современном этапе.

Нами был проведен сравнительный анализ и дифференциальная диагностика острых психотических состояний в наркологической и психиатрической практиках. Результаты работы представлены в нижеприведенной таблице.

## Дифференциальная диагностика шизофрении, интоксикационных психозов вследствие употребления синтетических каннабиноидов и органических психозов

Нозологическая форма	Интоксикационный психоз вследствие употребления синтетических каннабиноидов	Шизофрения	Органический психоз
<b>Критерии</b>			
<i>Возраст дебюта</i>	12–20 лет	20–30 лет	Любой
<i>Роль наследственности</i>	Не установлена	Заблевание с полигенным типом наследования	Не установлена
<i>Провоцирующий фактор</i>	Экзогенный (ПАВ)	Эндогенный (экзогенный лишь как пусковой момент)	Экзогенный
<i>Длительность психоза</i>	Скоротечное (1–3сут)	Чаще длительное	Длительное
<i>Инициальные симптомы</i>	Помрачение сознания, галлюцинации, бред, дереализация-деперсонализация	Психическая астеня Дереализация-деперсонализация Формирование аутистической установки	Церебрастения
<i>Базовые синдромы</i>	Галлюциаторно-бредовый Делириозный Синдромы выключения сознания (отлучение, сонор, кома) Синдром дереализации-деперсонализации Сенесто-ипохондрический	Дисфренический (синдром расщепления личности): аутизм и слияние в сфере эмоций, воли, мышления, синдром Кандинского-Клерамбо (психические автоматизмы, псевдогаллюцинации, бред воздействия). В отличие от прочих психозов симптоматика протекает на фоне аутистической установки. Апаго-абулгический синдром.	Церебрастенический Синдромы выключения сознания (отлучение, сонор, кома) Синдромы помрачения сознания (делирий, сумерек, аменция, онирический синдром) Галлюциноз Психоорганический синдром Корсаковский синдром Деменция
<i>Бред</i>	Яркий чувственный (образный) бред со страхом, тревогой на фоне нарушенного восприятия (галлюцинации)	Чаще интерпретативный бред преследования (отношения, воздействия, значения), экспансивный бред (величия, могущества, богатства, изобретательства, религиозный) Псевдогаллюцинации	Параойальный Бред отношения малого размаха (кухонный) Депрессивно-параойальный Истинные галлюцинации
<i>Восприятие</i>	Истинные галлюцинации (фантастические, угрожающие, тактильные). Сенестолатии	Амбивалентность, неадекватность	Эмоциональная лабильность, дисфория, раздражительная слабость
<i>Аффективная сфера</i>	Страх, тревога, беспокойство, переживания ужаса (реже экстаза) соответствующие галлюциаторно-бредовой симптоматике	Не нарушена	Фиксационная амнезия, прогрессирующая амнезия, парамнезии
<i>Память</i>	Контрадная амнезия (период выключенного сознания)		
<i>Интеллект</i>	Сохранен	Сохранен	Снижен
<i>Прогноз</i>	При отказе от употребления ПАВ-благоприятный	Чаще неблагоприятный, усиление негативной симптоматики	Нарастание психоорганического синдрома, деменции
<i>Основа лечения</i>	Дезинтоксикационная терапия, транквиляторы, нейролептики	Нейролептики	Сосудистые, ноотропные препараты

Таким образом, в последние годы в наркологической практике наблюдается разнообразие структуры психозов за счет постоянного изменения химической структуры ПАВ, что еще более усложняет дифференциальную диагностику данных состояний и связанную с этим дальнейшую тактику лечения. В связи с этим необходимо более углубленное изучение данной проблемы и расширение критериев для максимально ранней диагностики, выбора терапии, последующего наблюдения и реабилитации данной категории больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Всероссийская научно-практическая конференция «Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации», Санкт-Петербург, 31 мая – 1 июня 2016 [Электронное издание]: тезисы / под общей редакцией д.м.н. А.Н. Лодягина и проф. А.Г. Софронова. – СПб.: Альта Астра, 2016. – 115 с.

2. *Карпов Я.С.* Дизайнерские наркотики и новые прекурсоры наркотических средств и психотропных веществ: вопросы правового статуса // Наркоконтроль. – 2013. – № 1. – С. 35–37.

3. *Кербиков О.В.* Острая шизофрения. – М.: Медгиз, 1949. – 177 с.

4. *Менделевич В.Д.* Наркология: учебник / В.Д. Менделевич, Ю.П. Сиволап. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. – С. 338–340.

5. *Рохлина М.Л.* Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. – М.: Литтерра, 2010. – 256 с.

6. Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. – В 2-х т. – Т. 1. – М.: Медицина, 1988. – С. 610–639.

**СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ  
КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ  
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕБНО-  
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА  
В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ**

**Т.В. Клименко**

*Научно-исследовательский институт наркологии –  
филиал ФГБУ «Федеральный медицинский  
исследовательский центр психиатрии и наркологии  
им. В.П. Сербского» Минздрава России*

МОСКВА (РОССИЯ)

---

**SOCIAL REHABILITATION AS A REQUIRED COMPONENT  
OF COMPLEX TREATMENT AND REHABILITATION  
PROCESS IN PERSONS WITH SUBSTANCE  
ABUSE DISORDERS**

**T.V. Klimenko**

*Scientific research Institute of narcology,  
a branch of the FGBI «Federal medical research centre of psychiatry  
and addiction to them. V.P. Serbsky»*

MOSCOW (RUSSIA)

---

*Формирование состояния ремиссии наркологического заболевания – успешная социальная адаптация в условиях полного отказа от употребления психоактивного вещества (ПАВ) – является основной задачей терапевтических мероприятий. Эффективность предпринимаемых медицинских вмешательств зависит не только от качества оказанной ме-*

*дицинской помощи, но и от объема (полноты) предоставленных услуг в рамках лечебно-реабилитационного процесса (ЛРП), включающего наряду с медикаментозным и психотерапевтическим лечением мероприятия по медицинской и социальной реабилитации (МР и СР). Однако большинство пациентов после проведенного им лечения в медицинских организациях не включаются в программы МР и/или СР, а участники программ СР (реабилитанты) не получают необходимую им медицинскую помощь по диагностике и лечению имеющихся психических, наркологических и соматических заболеваний. Это связано со следующими обстоятельствами.*

Лечение, МР и СР ориентированы на достижение единой цели и решение многих общих задач, но организационно разделены и координируются разными ведомствами и структурами.

МР является видом медицинских услуг, относится к виду специализированной медицинской помощи, осуществляется в плановом порядке, регулируется нормативными правовыми актами федеральных и региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан и осуществляется в медицинских организациях любой организационно-правовой формы (государственные, муниципальные и частные наркологические больницы, диспансеры, клиники, реабилитационные центры), имеющих лицензию на медицинскую деятельность по профилю «психиатрия-наркология», включая работы (услуги) по медицинской реабилитации.

Термина СР, его определения и методологических основ реализации в законодательных и нормативных документах Российской Федерации (РФ) не закреплено. Услуги по СР лицам с наркологическими расстройствами предоставляют реабилитационные организации (РО) различной организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности: 1) некоммерческие общественные, религиозные организации; 2) коммерческие организации; 3) государственные учреждения, подведомственные различным министерствам и ведомствам.

*В соответствии с научным пониманием и практической реализацией деятельности по СР она имеет единые с МР цели и общие задачи, общие методологические принципы, технологии воздействия. МР и СР методологически связаны между собой, организуются на всех этапах ЛРП, а их виды и интенсивность определяются этапом ЛРП.*

*МР включает деятельность по социальной адаптации и ресоциализации лиц, отказавшихся от потребления ПАВ, а СР с учетом наличия у реабилитантов многообразной коморбидной патологии должна включать по показаниям все виды необходимой медицинской помощи, в том числе и по профилю «психиатрия-наркология».*

*Для организации реабилитантам медицинской помощи в РО необходимо: 1) получить лицензию на осуществление соответствующего вида медицинской деятельности; 2) либо установить договорные отношения с медицинской организацией и/или с индивидуальным предпринимателем, имеющими лицензию на осуществление данного вида медицинской деятельности; 3) либо заключить договор между реабилитантом и страховой компанией о получении платных медицинских услуг в соответствии с договором добровольного медицинского страхования. Однако большинство негосударственных РЦ, функционирующих на территории РФ, не организуют реабилитантам необходимой им медицинской помощи.*

*В настоящее время деятельность по СР лиц с наркологическими расстройствами находится вне законодательного и нормативного правового регулирования: 1) не включены в перечень лицензируемых видов деятельности; 2) в федеральном законодательстве не предусмотрено такого вида социальных услуг; 3) не входит в компетенцию федеральных и региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан и их социальной защиты. Все это затрудняет нормативный правовой контроль за деятельностью по СР и за осуществляющими ее РО.*

*Хотя СР не относится к видам медицинской деятельности и организуется немедицинскими РО, она является необходимым этапом ЛРП и оказывает существенное влияние на течение наркологического заболевания, его исход и возможности дальнейшей ресоциализации лиц, отказавшихся от употребления ПАВ. В связи с этим наркологическая служба страны для обеспечения комплексного ЛРП заинтересована в развитии эффективной системы СР лиц с наркологическими расстройствами и в формировании федерального и региональных реестров РО, отвечающих установленным требованиям. Обязательным является наличие письменного договора между РО и реабилитантом, в котором необходимо указать условия взаимной ответственности: а) добровольность включения в программу реабилитации; б) условия досрочного расторжения договора, в том числе право реабилитанта на досрочный выход из РО; в) меры ограничения и воздействия на реабилитанта в случае нарушения им установленных в РО норм и правил; г) финансовое обеспечение (оплата) предоставляемых РО услуг по СР; д) продолжительность программы СР.*

*С целью организации социальной реабилитации и ресоциализации оптимальным является заключение договоров между РО и региональными социальными службами, в том числе с территориальными центрами занятости населения, центрами социальной помощи семье и детям для оказания помощи в трудоустройстве, получении образования и профессии и т.д.*

Методологические принципы используемой программы реабилитации: а) легитимность: деятельность РО осуществляется в соответствии с Конституцией РФ, законодательством РФ, Стратегией государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года; б) добровольность: наличие письменного информированного добровольного согласия, подписанного реабилитантом при его поступлении в РЦ; в) отказ от употребления ПАВ в период пребывания в РО (за исклю-

чением никотина); г) безопасность предоставляемых услуг по социальной/комплексной реабилитации; д) обеспечение конфиденциальности персональных данных реабилитантов; ж) доступность и открытость для реабилитантов, их родственников и всех заинтересованных лиц информации (за исключением персональных данных) о всех сторонах деятельности РО, в том числе о конфессиональной принадлежности РО и о сотрудничестве РО с религиозными и общественными организациями.

*Организация СР лиц с наркологическими расстройствами должна быть комплексной и включать совокупность всех необходимых медицинских, психологических, воспитательных и социальных мер, направленных на восстановление (коррекцию) психического, личностного и социального статуса реабилитантов. Базовыми условиями для организации реабилитационного процесса являются: 1) материально-техническое обеспечение; 2) достаточный кадровый потенциал; 3) наличие программы СР; 4) мониторинг деятельности РО по СР (внутренний и внешний); 5) наличие правоустанавливающих документов на используемое под РО здание и земельный участок; 6) соответствие общим санитарно-эпидемиологическим требованиям; 7) условия для развивающего труда и досуга: место для прогулок на воздухе, помещения для занятий спортивно-игровыми, интеллектуально-развивающими, духовно-творческими, организационно-креативными и трудовыми формами деятельности.*

*Оценка эффективности СР и деятельности РО по ее организации производится по данным внутреннего и внешнего мониторинга, под которым подразумевается систематическое наблюдение, сбор и анализ информации об организации деятельности и ее эффективности с целью улучшения процесса и обеспечения качества предоставляемых услуг.*

**ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА  
«ФЛАМИНГО»  
2002–2016 гг.**

**А.А. Лопатин, Ю.В. Дубчак,  
Ю.Е. Алимбекова**

*ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический  
наркологический диспансер»*

КЕМЕРОВО (РОССИЯ)

---

**TREATMENT AND REHABILITATION PROGRAM  
«FLAMINGO»  
2002–2016**

**A.A. Lopatin, Y.V. Dubchak, Y.Y. Alimbekova**

*SHCI of KR «Kemerovo regional clinical narcological dispensary»*

КЕМЕРОВО (RUSSIA)

---

Лечебно-реабилитационная программа «Фламинго» для лиц с наркологическими расстройствами апробирована и внедрена в 2002 году в Кемеровском областном клиническом наркологическом диспансере, реализуется по настоящее время. Целью программы является восстановление нормативного, личностного и социального статуса пациента. Главные принципы программы: комплексность, индивидуальный подход, этапность и преемственность. Задачи: полный отказ от употребления психоактивных веществ, формирование мотивации на участие в реабилитационном процессе, дезактуализация основных проявлений синдрома зависимости, компенсация соматического неблагополучия, компенсация личностных нарушений, активизация сохранных сторон личности,

формирование (восстановление) конструктивного взаимодействия с ближайшим социальным окружением, восстановление социального функционирования. Методология лечебно-реабилитационной программы базируется на положениях и стандартах, разработанных в НИИ наркологии Минздрава России. Дана характеристика пациентов лечебно-реабилитационной программы «Фламинго». Раскрыто содержание основных направлений программы, реализующих вышеперечисленные принципы: *индивидуальный подход* через клинико-диагностическое обследование, составление индивидуального лечебно-реабилитационного плана, мониторинг динамики выздоровления пациентов; *этапность* через описание этапов лечебно-реабилитационного процесса (мотивационный, базовый, противорецидивный, подготовительный и амбулаторный); *преemptивность* через деятельность наркологической бригады, *комплексность* через разнообразие методов и подходов (организация лечебно-реабилитационной среды, психотерапевтической и психокоррекционной работы с пациентами, родителями и значимыми другими родственниками, повышение образовательного уровня и помощь в трудоустройстве, арт-терапевтические методы). Статистика и эффективность внедрения программы за период с 2005 по 2015 гг. Тиражирование опыта в Сибирском федеральном округе.

# **ОБСЛЕДОВАНИЕ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПСИХИАТРАМИ ПЕРЕД СОВЕШЕНИЕМ ЮРИДИЧЕСКОЙ СДЕЛКИ**

**Н.Е. Максимова, М.В. Комар, Е.В. Царева**

*ГБУЗ Тверской области «Областной клинический  
психоневрологический диспансер»*

ТВЕРЬ (РОССИЯ)

---

## **THE SWEEP OF THE CITIZENS OF OLD AGE BEFORE MAKING THE LEGAL DEAL**

**N.E. Maximova, M.V. Komar, E.V. Tsareva**

*Tver Regional psychoneurological hospital*

TVER (RUSSIA)

---

Среди лиц, совершающих различные сделки с недвижимостью, год от года возрастает доля граждан, страдающих психическими расстройствами, а также лиц пожилого и старческого возраста. Их беспомощность и юридическая безграмотность зачастую используется как посредническими фирмами, так и недобросовестными родственниками. Статьей 43 Основ законодательства Российской Федерации «О нотариате» установлено: «При удостоверении сделок осуществляется проверка дееспособности граждан... обратившихся за совершением нотариального действия...». Усиление нотариального контроля в данной сфере может стать одним из важных направлений в решении проблемы защиты жилищных прав лиц с психическими расстройствами и пожилых людей.

Действующее законодательство, однако, не предоставляет нотариусу возможности более объективно определять

способность гражданина понимать характер совершаемых им действий, руководить ими и осознавать их правовые последствия ни путем назначения психиатрической экспертизы, ни обращением в медицинские учреждения с запросом о предоставлении необходимых данных и к специалисту-психиатру с просьбой о проведении освидетельствования гражданина и получения соответствующей справки, т.к. указанные сведения, в соответствии с Законом РФ № 3185-1 от 02.07.1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», являются врачебной тайной.

В связи с вышеуказанным Нотариальная Палата Тверской области в октябре 2007 г. обратилась к администрации ГБУЗ ОКПНД с предложением рассмотреть вопрос о взаимодействии нотариата и психиатрической службы Тверской области. Целью являлась защита жилищных прав граждан с психическими расстройствами, а также лиц пожилого и старческого возраста, основанного на принципах соблюдения врачебной тайны, согласно действующему в РФ законодательству.

Изучив опыт взаимодействия данных служб в различных регионах России и приняв во внимание рекомендации ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, в ГБУЗ ОКПНД было разработано и утверждено положение о производстве консультативных исследований, на основании которого работает врачебная комиссия ГБУЗ ОКПНД. Врачебная комиссия занимается решением вопросов несудебного консультативного исследования, когда имеет место заинтересованность сторон в дополнительных гарантиях чистоты сделки перед совершением операций с имуществом.

Основные условия и порядок производства консультативных исследований определены Приказом по ГБУЗ ОКПНД, проводятся врачебной комиссией диспансера и включают следующие основные пункты.

1. Консультативные исследования проводятся по личной инициативе граждан (обращение к психиатру, предлагаемое нотариусом, носит рекомендательный характер).

2. При проведении консультативные исследования могут решаться также иные вопросы, для ответа на которые требуются психиатрические познания.

3. В случаях, если психиатр ранее проводил консультативные исследования, в последующем он не вправе участвовать в судебно-психиатрической экспертизе данного лица.

4. Юридическим основанием для производства консультативные исследования в ГБУЗ ОКПНД является договор о проведении консультативные исследования, заключенный между лицом, обратившимся с просьбой о его проведении, как самостоятельно, так и через его представителя.

5. Факт проведения консультативные исследования фиксируется в медицинской карте, заведенной соответственно с общими правилами ведения медицинской документации, и хранится в архиве ГБУЗ ОКПНД с заведением алфавитной картотеки. Перед проведением консультативные исследования гражданин письменно подтверждает свое согласие на участие в исследовании.

6. Консультативные исследования носят рекомендательный характер, прогностический по содержанию.

7. Консультативные исследования осуществляются на договорной основе в порядке предоставления платных медицинских услуг, в связи с тем что не входит в территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на текущий год и регламентируется соответствующими законами и подзаконными актами.

8. По результатам исследования, если у обследуемого лица не выявлены признаки, которые могли бы свидетельствовать о выраженных психических отклонениях, на руки Заказчику выдается справка врачебной комиссии установленного образца. Если данные признаки выявлены, справка не выдается, гражданину даются разъяснения.

Проанализировав работу врачебной комиссии по проведению консультативного исследования в ГБУЗ ОКПНД, мы

можем предоставить следующую информацию: в 2013 году было освидетельствовано 157 человек, с положительным результатом – 138, отказано в выдаче справки в 19 случаях; в 2014 году было проведено уже 241 исследование с положительным результатом – 221, отказано – в 20 случаях. В 2015 году проведено 273 консультативного исследования, положительный результат – 258 случаев, отказ – в 16 случаях.

Таким образом, мы видим, что доля обследуемых год от года возрастает, однако относительный показатель отказов в выдаче справки уменьшается. Эта ситуация, мы считаем, связана с повышением качества предварительной работы с гражданами, обращающимися для проведения консультативного исследования, разъяснений и консультаций. Среди обратившихся граждан доля лиц до 60 лет – 37 человек, 60–70 лет – 30 человек, старше 70 лет – 178 граждан. Таким образом, статистические данные подтверждают актуальность проведения консультативного исследования гражданам пожилого и старческого возраста, поскольку именно эта категория лиц нуждается в повышенном внимании сотрудников нотариальной и психиатрической служб при оформлении тех или иных операций с недвижимостью и прочих нотариальных сделок.

В случае обращений граждан, страдающих психическими расстройствами, уже признанных судом недееспособными, либо лиц, страдающих психическими расстройствами, лишенных способности понимать значение своих действий или руководить ими, однако не признанных в судебном порядке недееспособными, дается рекомендация о вариантах дальнейших действий и справка не выдается.

Если у гражданина имеется психическое расстройство и он находится под диспансерным наблюдением или обращается в диспансер за лечебно-консультативной помощью, однако, по мнению комиссии, сохраняет способность к свободному волеизъявлению, выдается справка, в которой делается запись: «в судебном порядке недееспособным не признавался».

Мы полагаем, что несмотря на то, что процедура обращения за добровольным психиатрическим освидетельствованием лиц, особенно граждан пожилого или старческого возраста, перед совершением имущественных сделок, не регламентирована в юридическом порядке, она служит существенной социально-правовой защитой пациента.

Подводя итог в рассмотрении вопроса проверки нотариусом дееспособности граждан и взаимодействии нотариата и психиатрической службы, можно сделать вывод, что законодательно данный механизм четко не урегулирован. Многие юристы и психиатры считают необходимым внесение соответствующих изменений в действующее законодательство.

**ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
КОЛИЧЕСТВЕННОГО АНАЛИЗА СЕМЕЙНОЙ  
ОТЯГОЩЕННОСТИ И ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА  
ДЛЯ ПРОГНОЗА СРОКОВ ФОРМИРОВАНИЯ  
И РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

**А.Е. Николишин, Н.А. Чупрова,  
В.М. Бродянский, А.О. Кибитов**

*Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Федеральный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

МОСКВА (РОССИЯ)

---

**THE ABILITY TO USE THE QUANTITATIVE  
ANALYSIS OF FAMILIAL VULNERABILITY  
AND GENETIC RISK FOR THE FORECAST OF THE TERMS  
OF FORMATION AND DEVELOPMENT  
OF ALCOHOL DEPENDENCE**

**A.E. Nikolishin, N.A. Chuprova,  
V.M. Brodyansky, A.O. Kibitov**

*Federal State Budgetary Institution «V. Serbsky Federal Medical  
Research Centre for Psychiatry and Narcology»  
of the Ministry of Health of the Russian Federation*

MOSCOW (RUSSIA)

---

Генетический вклад в этиопатогенез алкогольной зависимости значителен и оценивается в 40–70%. Алкогольная зависимость, как и другие болезни зависимости, в современной медицинской генетике отнесены к классу заболеваний с

наследственным предрасположением. Влияние семейной отягощенности как генетического фактора и генетического риска на формирование, развитие и течение алкогольной зависимости нуждается в исследовании в группе пациентов разного пола с применением доказательных количественных подходов. Имеет значение количество случаев заболевания среди кровных родственников по наркологическим заболеваниям – степень семейной отягощенности и уровень генетического риска – категориальная (ранговая, качественная) оценка, которая отражает генетически заданную индивидуальную вероятность развития заболевания.

**Цель:** выявить возможные различия в формировании и течении алкогольной зависимости у пациентов разного пола с различной степенью семейной отягощенности.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 464 стационарных пациента Клиники НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России с диагнозом «алкогольная зависимость» (F10.2 по МКБ-10), этнические русские, из них 109 (23%) женщин (ср. возраст ( $Me \pm SD$ )  $41 \pm 13,33$  лет) и 355 (77%) мужчин ( $42 \pm 13,37$  лет). Пациенты с диагнозами «органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F00-F09), «шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F20-F29), «расстройства настроения» (F30-F39) не включались в исследование. Изучали данные о развитии и течении заболевания (возраст первой пробы алкоголя, возраст первой госпитализации, возраст начала злоупотребления алкоголем, возраст формирования синдрома отмены алкоголя (СОА)).

Информацию о семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям получали путем клинического интервью пациента и близкого родственника (чаще матери), оценивали факт наличия семейной отягощенности, а также ее степень (средняя степень – один кровный родственник, больной алкогольной зависимостью, высокая – два и более родственника, больных алкогольной зависимостью). Также оцени-

вали индивидуальный уровень генетического риска развития болезней зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) путем генопрофилирования. Образцы ДНК, полученные из венозной крови, генотипировали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим рестрикционным анализом. По результатам генотипирования оценивали итоговый (результатирующий) уровень генетического риска у каждого пациента в баллах: от низкого (0,5 баллов) до крайне высокого (3 и более баллов).

В данном исследовании использован базовый вариант генопрофиля: 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов DA системы: 1) оценка общего генетического риска: базовые универсальные генетические маркеры по генам дофаминавого рецептора типа 2 и фермента тирозингидроксилазы, при выявлении генетического маркера начисляли 1 балл в оценке итогового уровня риска; 2) оценка специфического риска: дополнительные маркеры по гену дофаминавого рецептора типа 4, при выявлении генетического маркера начисляли 0,5 балла в оценке итогового уровня риска. Баллы отражают статистически достоверную вероятность развития заболевания у носителей генетических маркеров. Проводили сравнение групп с различной степенью семейной отягощенности и отсутствием отягощенности.

**Результаты.** В нашей выборке 392 пациента (84,5%) сообщали о наличии семейной отягощенности, средняя степень отягощенности была у 235 пациентов (50,6%), высокая степень – у 157 пациентов (33,8%). Группы сравнения не различались по доле женщин мужчин ( $p=0,528$ ). Пациенты с наличием семейной отягощенности в целом ( $Me \pm SD$ ,  $25 \pm 10,61$  лет,  $p=0,011$ ), со средней степенью отягощенности ( $25 \pm 10,38$  лет,  $p=0,075$ , тренд) и с высокой степенью отягощенности ( $23 \pm 10,91$  г,  $p=0,001$ ) раньше начинали систематическое злоупотребление алкоголем, чем пациенты без семейной отягощенности ( $28,5 \pm 9,27$  лет). Важно, что имеются различия между пациентами с высокой и средней степенью отя-

гощенности по возрасту начала злоупотребления алкоголем ( $p=0,013$ ) и по возрасту первой пробы алкоголя ( $16\pm 13,92$  лет и  $16\pm 15,82$  лет,  $p=0,04$ ). Доля пациентов с ранним началом злоупотребления алкоголем (до 22 лет) на уровне, близком к достоверному, выше в группе пациентов с высокой степенью семейной отягощенности (36,95 %), чем в группе со средней степенью семейной отягощенности (28,09 %,  $p=0,06$ ). У пациентов с семейной отягощенностью в целом СОА развивается раньше ( $30\pm 16,11$ л,  $p=0,013$ ), со средней ( $34\pm 14,46$  г,  $p=0,063$ ) и высокой степенью отягощенности ( $28\pm 17,30$  л,  $p=0,003$ ), чем у пациентов без семейной отягощенности ( $34\pm 14,46$  г).

Вновь имеются различия между пациентами с высокой и средней степенью отягощенности по возрасту СОА ( $p=0,055$ ). Как результат, первая госпитализация у пациентов с высокой степенью отягощенности происходит достоверно раньше ( $36\pm 15,03$  лет), чем у пациентов со средней степенью отягощенности ( $40\pm 17,45$  лет,  $p=0,002$ ) и у пациентов без семейной отягощенности ( $41\pm 16,04$ ,  $p=0,008$ ).

Доля пациентов с ранним формированием алкогольного абстинентного синдрома (до 30 лет) выше в группе пациентов с семейной отягощенностью ( $p=0,012$ , ОШ (ДИ 95%) = 1,97 (1.15; 3,39), особенно в группе пациентов с высокой степенью семейной отягощенности ( $p=0,0004$ , ОШ (ДИ 95%)= 2,82 (1.16; 5,11).

Пациенты сравнивались по уровню генетического риска. Средний генетический риск ( $<2$ ) был у 245 пациентов (52,8 %), высокий ( $>2$ ) – у 219 пациентов (47,2 %). Оценка уровня влечения к алкоголю при поступлении с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) на уровне, близком к достоверному, показала более выраженную тягу к алкоголю у пациентов с высоким генетическим риском, чем у пациентов со средним генетическим риском ( $p=0,060$ ), что требует дальнейшего изучения. Также у пациентов с высоким генетическим риском алкогольный абстинентный синдром фор-

мируется раньше, чем у пациентов со средним генетическим риском ( $p=0,029$ ).

Также оценивалось распределение уровня семейной отягощенности в группах пациентов с разным уровнем генетического риска.

Уровень генетического риска развития болезней зависимости от ПАВ выше у пациентов со средней степенью отягощенности ( $2\pm 0,9$ ), чем у пациентов с высокой степенью отягощенности ( $1,5\pm 0,86$ ,  $p=0,024$ , ОШ(ДИ95%)=1,47(1,02; 2,12), что может быть связано как с неполнотой данных об отягощенности пациентов, так и с отсутствием взаимосвязи между уровнем генетического риска и степенью семейной отягощенности, что требует дальнейшего изучения.

**Выводы.** Вне зависимости от пола, наличие семейной отягощенности и ее высокая степень ускоряют развитие и формирование алкогольной зависимости и являются фактором риска развития данного заболевания. С помощью количественного анализа семейной отягощенности и генетического риска пациента на ранних этапах заболевания можно прогнозировать темп формирования, развития и тяжесть течения алкогольной зависимости. Возможное наличие или отсутствие взаимосвязи между степенью семейной отягощенности и уровнем генетического риска нуждается в дальнейшем исследовании.

**ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ,  
НАХОДЯЩИМСЯ НА АПЛН И АДН  
В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Н.Я. Оруджев<sup>1,2</sup>, О.В. Поплавская<sup>1</sup>, В.В. Земцов<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> *ФГОУ ВО «Волгоградский государственный  
медицинский университет», кафедра психиатрии,  
наркологии и психотерапии с курсом психиатрии,  
психиатрии-наркологии ФУВ*

<sup>2</sup> *ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая  
психиатрическая больница № 2»*

ВОЛГОГРАД (РОССИЯ)

---

**PROBLEMS OF MENTAL HEALTH CARE  
AND MANAGEMENT OF PERSONS ON APNL AND AND  
IN THE VOLGOGRAD REGION**

**N.Ya. Orujev<sup>1,2</sup>, O.V. Poplavskaja<sup>1</sup>, V.V. Zemtsov<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> *The Volgograd State Medical University the Psychiatry, Narcology  
and Psychotherapy department, with the Course of Doctors Improvement Faculty*

<sup>2</sup> *Volgograd Regional Clinical Psychiatric Hospital №2*

VOLGOGRAD (RUSSIA)

---

Профилактика общественно опасных действий (ООД) лиц, страдающих психическими расстройствами – одна из важнейших, социально значимых задач психиатрической службы, решение которой осуществляется путем реализации комплекса неспецифических и специфических мероприятий. Рекомендации по назначению и исполнению принудитель-

ных мер медицинского характера (ПММХ) – необходимые содержательные составляющие данной работы, занимают промежуточное положение между стационарным принудительным лечением (ПЛ) и оказанием психиатрической помощи во внебольничных условиях, при этом реализуются меры принуждения без изоляции пациента от привычной среды проживания. Одной из таких мер является амбулаторное принудительное наблюдение и лечение (АПНЛ).

На современном этапе развития психиатрической помощи в России выделяется ряд проблем, одной из которых является оказание психиатрической помощи лицам, находящимся на АПНЛ. В соответствии с методическими рекомендациями «Система динамического диспансерного учета и наблюдения психически больных» от 17 июня 1988 года больные, находящиеся на активном диспансерном наблюдении (АДН), по клинико-социальным особенностям должны быть разделены на три группы:

I. Больные с высокой криминогенной активностью.

II. Больные со средней степенью криминогенной активности.

III. Больные с низкой криминальной активностью.

В настоящее время ведение пациентов, находящихся на АПНЛ, рекомендуется проводить в кабинете активного диспансерного наблюдения (КАДН), согласно приложению 7 Приказа Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Однако в большинстве случаев в г. Волгограде в ряде подразделений ВОКПБ № 2 нет возможности выделения отдельного кабинета в связи с невозможностью соблюдения рекомендуемых штатных нормативов, указанных в приложении 8 того же приказа. В результате ведением пациентов на АПНЛ занимаются участковые врачи-психиатры.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 133, Министерства внут-

ренных дел Российской Федерации № 269 от 30.04.1997 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» лица с психическими расстройствами, включенные в группу активного диспансерного наблюдения, а также находящиеся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра, обследуются врачом-психиатром психоневрологического диспансера не реже одного раза в месяц.

Трудности в патронаже пациентов данных групп возникают в связи с тем, что многие пациенты, находящиеся на АДН, не считают нужным посещать психиатра, а при посещении врачом-психиатром адреса, по которому прописан пациент, чаще не удается застать его дома.

Осложнило осуществление АПНЛ и АДН вступление в силу Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее ФЗ-152).

С момента принятия указанного закона амбулаторная психиатрическая служба потеряла возможность получить сведения о месте регистрации пациента в отделе адресно-справочной работы УФМС РФ без каких-либо препятствий, как это было раньше. Право учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, на получение персональных данных от федеральных органов исполнительной власти, в том числе ФМС России, без согласия субъекта персональных данных не нашло закрепления в законодательстве, регулирующем оказание психиатрической помощи гражданам (в частности, в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Конечно, опираясь на п. 35 ст. 12 закона «О полиции», осуществляющий наблюдение за лицами на АДН, врач-психиатр вправе рассчитывать на «оказание содействия органам здравоохранения в доставлении в медицинские организации

по решению суда лиц, уклоняющихся от явки по вызову в эти организации; участвовать совместно с органами здравоохранения в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами, больными алкоголизмом или наркоманией и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими преступлений и административных правонарушений; оказывать содействие медицинским работникам в осуществлении назначенной судом недобровольной госпитализации лиц в медицинские организации, а также обеспечивать медицинским работникам безопасные условия для доступа к этим лицам и их осмотр». Но, как показывает практика, не всегда полиция выполняет свои обязанности. Так, за прошедший год врачами-психиатрами ВОКПБ № 2 были направлены неоднократные обращения с просьбой поспособствовать осмотру лиц, переданных в ВОКПБ № 2 после выписки из стационара на АПНЛ, но не явившихся. К сожалению, не было получено даже ответа на некоторые заявления.

Таким образом, в Волгоградской области крайне затруднено осуществление патронажа за пациентами, находящимися на АПНЛ, если пациент не имеет сформированной приверженности к соблюдению режима посещения психиатра. Таким образом, необходимо разрабатывать ведомственные нормативные акты, регулирующие взаимодействие участковых уполномоченных полиции и психиатрической службы с целью оказания психиатрической помощи лицам, находящимся на АПНЛ. Необходимо составить методические рекомендации для врачей-психиатров по ведению психически больных в группе активного диспансерного наблюдения в современных условиях.

# **МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПРИЕМОМ АНТИПСИХОТИКОВ: ОБЗОР ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

**А.В. Павличенко, А.В. Рыжухинская**

*Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. Евдокимова, кафедра психиатрии,  
наркологии и психотерапии факультета дополнительного  
профессионального образования*

МОСКВА (РОССИЯ)

---

## **CARDIOMETABOLIC AND CARDIOVASCULAR DISTURBANCES ASSOCIATED WITH ANTIPSYCHOTICS: REVIEW OF THE EVIDENCE**

**A.V. Pavlichenko, A.V. Ryzhukhinskaya**

*Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. A.I. Evdokimov,  
Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy  
of the Faculty of Additional Professional Development*

MOSCOW (RUSSIA)

---

Больные шизофренией характеризуются частым наличием факторов риска кардиоваскулярных и метаболических нарушений. В частности, распространенность ожирения у них составляет 45–55%, что в 1,5–2 раза выше, чем в популяции; курения – 50–80%, что в 2–3 раза выше, чем в популяции; метаболического синдрома – 37–63%, что в 2–3 раза выше, чем в популяции; дислипидемии – 25–69%, что выше нормы в 2–5 раз.

На долю сердечно-сосудистых заболеваний приходится 38% случаев смертей у больных шизофренией, а общая про-

должительность жизни у них в среднем на 20 лет меньше, чем в общей популяции.

Вероятность летального исхода у больных шизофренией в 2–3 раза выше, чем в общей популяции, в первую очередь, за счет кардиологических и метаболических нарушений. Их повышенная смертность обусловлена преимущественно такими факторами, как более низкий уровень доходов, который, в свою очередь, связан с преобладанием в рационе питания углеводов и жиров, сидячий образ жизни, меньший уровень физической активности, курение, повышенный стресс, связанный с психотическими симптомами.

С другой стороны, антипсихотики (АП) опосредованно также могут влиять на увеличение смертности у больных, так как приводят к кардиологическим и метаболическим побочным эффектам, таким как повышение веса и инсулинорезистентность.

В последние годы было получено немало клинических данных, позволяющих расположить АП в зависимости от риска развития отдельных кардиометаболических нарушений, что позволяет выбрать препараты с относительно низким риском этих побочных эффектов.

В одном исследовании было показано, что вес и метаболические показатели ухудшаются после первого психоза при терапии оланзапином, рисперидоном или кветиапином. Более поздний мета-анализ позволил выделить три группы АП в зависимости от их степени повышения веса: 1) с высоким риском, куда относят оланзапин и клозапин; 2) с невысоким риском, куда относят кветиапин, рисперидон, амисульпирид и арипипразол; 3) с минимальным риском, сравнимым с плацебо (галоперидол, зипразидон). В недавно завершеном большом катамнестическом исследовании EUFEST длительностью 12 месяцев и включающим 498 пациентов (в том числе 162 первичных), получающих зипразидон, галоперидол, оланзапин, амисульпирид или кветиапин, наименьшую степень повышения веса к 52 неделе лечения продемонстрировал

зипразидон (+2,24 кг). Для других АП были получены следующие показатели (по сравнению с зипразидоном): галоперидол (+5,48 кг), кветиапин (+6,68 кг), амисульпирид (+7,17 кг), оланзапин (+10,06 кг). Ожирение при шизофрении ассоциируется с повышенным риском несоблюдения терапевтических рекомендаций.

Выполненные в последние годы эксперименты на крысах показали, что повышение веса, связанное с приемом оланзапина и клозапина, может включать антагонизм на уровне 5-HT<sub>2C</sub> рецепторов и гистаминовых H<sub>1</sub> рецепторов. С другой стороны, добавление к оланзапину антипсихотика луразидон не только снижают у крыс гиперфагию, но и может предотвратить повышение веса.

Несколько открытых клинических исследований на людях показало, что стратегия добавления арипипразола к оланзапину или клозапину, а также зипразидона к клозапину может не только приводить к уменьшению аппетита, но и обладать независимым протективным эффектом в отношении повышения веса, что, возможно, связано с агонизмом в отношении 5-HT<sub>1A</sub> рецепторов. К сожалению, пока не ясно, насколько эти данные верны и для других АП с низким риском повышения веса (напр., галоперидола). Помимо этого есть отдельные работы о том, что индуцированное антипсихотиками повышение веса можно уменьшить при добавлении к лечению метформина и топирамата, а также с помощью изменения образа жизни, в частности, увеличения потребления клетчатки и овощей и усиления физических нагрузок. Лечение АП больных, ранее их не принимающих, приводит к статистически значимому повышению к 10 неделе терапии триглицеридов, общего уровня холестерина и уровня глюкозы, что, в свою очередь, может усилить уже имеющиеся кардиометаболические нарушения.

Так как сахарный диабет (СД) у больных шизофренией возникает чаще, чем в общей популяции (15% и 6%, соответственно, в США), то важно знать частоту его развития у боль-

ных, принимающих конкретные АП. В наименьшей степени СД ассоциируется с приемом таких АП, как галоперидол (6%) и перфеназин (7%), а в наибольшей – с оланзапином (17%) и клозапином (16%).

Исходя из вышеизложенного, некоторые международные ассоциации психофармакологии включают в свои рекомендации по антипсихотической терапии упоминание о необходимости учитывать данные о кардиометаболических нарушениях, связанных с АП. В частности, в последней рекомендации Британской ассоциации психофармакотерапии говорится о том, что у пациентов с повышенным индексом массы тела лечение АП следует начинать с препарата, в минимальной степени воздействующим на вес, или, в случае приема другого АП, переходить на зипразидон, арипипразол или галоперидол и подумать об изменении образа жизни.

В рекомендациях по подбору антипсихотической терапии NICE есть указание на то, что следует также учитывать метаболические риски, в первую очередь повышение веса и вероятность развития СД.

В совместных рекомендациях американской психиатрической и американской диабетической ассоциаций отдельные АП распределены по степени их влияния на данные вес, риск развития СД и дислипидемии. Согласно этим рекомендациям оланзапин, клозапин, рисперидон и кветиапин ассоциируются с высоким риском увеличения веса, а оланзапин, клозапин также связаны с риском развития СД и дислипидемии. С другой стороны, арипипразол и зипразидон не повышают вес и риск развития СД.

Таким образом, около половины больных шизофренией еще до начала антипсихотической терапии характеризуются повышенным весом и более высокой, чем в популяции, заболеваемостью СД. Хотя напрямую АП не влияют на уровень смертности больных шизофренией, прием некоторых из них, в первую очередь оланзапина и клозапина, может привести к повышению веса и риску развития СД. С другой стороны,

прием препаратов с минимальным влиянием на вес и уровень глюкозы (например, аripипразола и zipразидона) в настоящее время может рассматриваться в качестве средств первого выбора у лиц с имеющимися кардиометаболическими нарушениями или находящимися в группе риска по их развитию. Кроме того, аripипразол и zipразидон могут уменьшить вес, индуцированный другими АП. Еще одним важным фактором коррекции веса на фоне лечения АП является изменение образа жизни.

# **ШИЗОФРЕНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ТАКТИКА ВВЕДЕНИЯ**

**Г.Х. Рузиева, И.Р. Назарова**

*Ташкентская медицинская академия  
кафедры психиатрии и наркологии*

ТАШКЕНТ (УЗБЕКИСТАН)

---

## **SCHIZOPHRENIA AND PREGNANCY: INTRODUCTION TACTICS**

**G.X. Ruziyeva, I.R. Nazarova**

*Tashkent medical academy of department of psychiatry and narcology*

TASHKENT (UZBEKISTAN)

---

Шизофрения является очень тяжелым психическим расстройством, которое обычно начинается в конце подросткового периода или в начале взрослой жизни и характеризуется серьезными искажениями мышления и восприятия, а также неадекватными эмоциями, с одной стороны. С другой стороны, шизофрения – психотическое расстройство, которое значительно ограничивает способности пациента к нормальной активности и снижает качество жизни.

Показатели распространения шизофрении почти идентичны во всех странах мира и составляют 1–2% от общего населения.

Шизофрения, как правило, является тяжелым бременем не только для пациентов, но и для их семей, системы здравоохранения и общества в целом.

Экономические затраты, связанные с шизофренией, огромны и составляют от 1,6 до 2,5% от годовых затрат здра-

воохранения в развитых странах. Наибольшая доля от прямых затрат на шизофрению приходится на стационарное лечение, тогда как затраты, связанные со стоимостью препаратов, составляют лишь 1–6 % от прямых затрат в развитых странах. Непрямые затраты на шизофрению, связанные с утратой работоспособности и преждевременной смертью пациентов, также значительны и даже могут превышать прямые затраты.

Наряду с этим имеется еще одна очень важная и серьезная проблема – *шизофрения и беременность*. Проблема ведения беременных женщин с психическими расстройствами и их лечение очень сложная, трудная и отягощена многими биологическими и личными факторами. Психиатры должны учитывать влияние нелеченного заболевания на мать и плод, а также возможность повышения риска осложнений во время родов и врожденных пороков развития, связанных с лечением фармакологическими препаратами.

Женщины с шизофренией в меньшей мере способны удовлетворять потребности своих детей, и они нередко обладают очень ограниченной социальной сетью. Дети матерей, страдающих шизофренией, оказываются трудными в воспитании. От 10 до 15% детей матерей, страдающих шизофренией, впоследствии сами становятся пациентами с шизофренией, а в целом у 50% детей возникает то или иное психическое расстройство. Оценка соотношения риска и выгод – это определение потенциального влияния болезни на мать, плод и семью, а также возможного влияния лечения на мать и плод. Конечная цель оценивания соотношения риска и выгод – ограничить воздействие заболевания и/или лечения. Оценка поможет пациентке и лицам, которые заботятся о ней, решить, какое именно лечение наименее опасное.

Необходимо отметить, что фактор наследственности у детей, родившихся от двух больных шизофренией, играет огромную роль: примерно у 46–68% таких детей может раз-

виться шизофрения. Несомненно и то, что у большинства больных шизофренией достаточно проблем в удовлетворении своих собственных нужд, не говоря уже об уходе за новорожденным или маленьким ребенком.

Наличие у беременной женщины психического заболевания и сопутствующего злоупотребления психоактивными веществами приводит к внутриутробной смерти плода, повышает риск врожденных дефектов, аномалий развития органов сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, а также алкогольный синдром плода – всю эту патологию можно приписать воздействию психоактивных веществ.

О влиянии психотропных препаратов на плод впервые сообщалось в исследованиях, в которых они назначались в низких дозах как противорвотные средства. В дальнейшем в публикациях результатов экспериментальных исследований на животных и результатов клинических наблюдений, касающихся типичных антипсихотических препаратов, которые использовались почти столетия, было показано, что тератогенный риск, связанный с мощными типичными антипсихотическими препаратами, в основном не повышается. Калифорнийская программа улучшения здоровья детей (1959–1966) изучила 19 тысяч новорожденных и не выявила значимого увеличения врожденных аномалий развития после воздействия в пренатальном периоде пероральных или инъекционных антипсихотических препаратов.

В целом справедливо сказать, что типичные антипсихотические препараты, по-видимому, не представляют опасности для родов и перинатального периода. Осложнения у младенца обычно наблюдаются непосредственно в постнатальном периоде.

Преходящий перинатальный синдром, вялый (гипотоничный) ребенок, симптомы отмены, например, повышенная раздражительность, сниженный и повышенный мышечный тонус, а также недостаточно сформировавшиеся рефлексy

постоянно отмечаются у младенцев, подвергавшихся в период внутриутробного развития воздействию различных доз антипсихотических препаратов, обладающих в основном низкой мощностью.

Во время беременности не должно быть никакой двусмысленности относительно лечения женщины, страдающей шизофренией, поскольку слишком высоки риски, связанные с отменой лечения. Поэтому, несмотря на консенсус в отношении применения антипсихотических препаратов во всех стадиях беременности, важно использовать возможные минимальные дозировки, регулярно проводить психиатрические и акушерские осмотры, избегать полипрагмазии, а также анализировать результаты применения. У пациенток, у которых лекарственное средство заменено на антипсихотические препараты второго поколения, присутствует более высокий риск незапланированной беременности, учитывая исчезновение постнейролептической гиперпролактинемии, а также улучшение социальных контактов.

Необходима подготовка всех женщин в фертильном возрасте относительно планирования беременности, применения при беременности лекарственных средств, способа питания, ограничения вредных привычек, а также риска рецидива психоза в послеродовой период. Лучше не рекомендовать антипсихотические препараты беременным, особенно в первом триместре, учитывая риск тератогенного действия. Это не всегда возможно, тем более что иногда психоз может представлять большую угрозу, чем лекарственные средства.

В случае необходимости фармакотерапии у беременных всегда следует применять самую маленькую эффективную дозу и снизить дозу в течение последних перед родами дней. Не следует принимать лекарственные средства в форме депо.

Следует обеспечить частые контакты пациентки с врачом, расширить психосоциальное воздействие, лекарственных препаратов. Лекарственные средства следует рекомендовать в разделенных дозах в течение дня. Не следует допол-

нительно принимать нормотимические лекарственные средства, особенно литий, противоэпилептические (вальпроевая кислота, карбамазепин), ни холинолитические средства (противопаркинсонические, трициклические антидепрессанты).

После родов существует высокий риск обострения (рецидива) шизофрении, поэтому необходимо применение антипсихотических препаратов в полной, предварительно эффективной у пациентки дозе. Антипсихотические препараты, применяемые у женщин, кормящих грудью, могут отрицательно влиять на развитие грудного ребенка и вызывать отравление. Поэтому по меньшей мере до 10-недельного возраста грудной ребенок не должен быть на грудном вскармливании в случае, если мать принимает антипсихотические препараты.

Сведения об использовании атипичных антипсихотических препаратов основываются на изучении отдельных случаев и на данных, собранных фармацевтической индустрией. Все чаще описывают случаи, когда у женщин, принимавших клозапин, оланзапин, рисперидон или кветиапин, беременность завершилась без каких-либо вредных последствий для новорожденных. Отсутствие каких-либо последствий хотя и успокаивает, но необходимо воспроизвести результаты в более крупных и более строгих исследованиях, чтобы подтвердить безопасность этих лекарственных препаратов при беременности.

# НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В НАРКОЛОГИИ

**С.Б. Середина, А.М. Скворцова**

*ГАОУЗ «Оренбургский областной клинический  
наркологический диспансер»*

ОРЕНБУРГ (РОССИЯ)

---

## NON-PHARMACOLOGICAL METHODS OF TREATMENT IN NARCOLOGY

**S.B. Serecina, A.M. Skvortsova**

*Orenburg regional clinical narcological dispensary*

ORENBURG (RUSSIA)

---

Злоупотребление психоактивными веществами является одной из острейших проблем, представляющих собой угрозу здоровья населения, экономике, социальной сфере и правопорядку. В то же время с каждым годом в городах России, в том числе Оренбурге, накапливается опыт лечения и реабилитации пациентов с наркоманией и алкоголизмом. Только фармакологические методы лечения не решают проблемы с выраженными медико-психолого-социальными последствиями этих заболеваний. Наркологические заболевания характеризуются целым рядом системных расстройств. Наряду с негативными изменениями личности токсические эффекты психоактивных веществ приводят к поражению мозга и различных внутренних органов, снижению иммунитета.

Одним их наиболее реальных путей по преодолению психической зависимости и последствий употребления ПАВ больных алкоголизмом и наркоманией является медицинская

и социальная реабилитация, где основными методами лечения становятся нефармакологические методы.

Основной реализацией программных задач реабилитации является групповой процесс.

Главные направления работы группы: самопознание, самораскрытие, работа с чувствами и их проявлениями, овладение навыками отреагирования эмоциональных переживаний, тренинг поведения в экстремальных ситуациях, групповой анализ самостоятельной работы по заданиям, тренинг межличностного общения.

Тренинг – это место, где каждый может попробовать себя в новом качестве, не только не опасаясь за собственную жизнь и благополучие, но также и получив насыщенную и адекватную обратную связь.

В лечебно-реабилитационном процессе наркологических пациентов большое внимание уделяется психорегуляции с использованием опосредованных методов воздействия, оказывающих ощутимый лечебный эффект: программно-аппаратный резонансно-акустический реабилитационный комплекс для коррекции психосоматического состояния; комплекс биологической обратной связи, позволяющий нормализовать эмоциональный фон пациента; комнаты психологической разгрузки с аудиовизуальным комплексом для сеансов релаксации и мобилизации.

Аудиовизуальный комплекс, применяемый в комнате психологической нагрузки, является эффективным средством воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Комплекс представлен: видео-аудио сеансом с ландшафтными картинками различного сюжетно-образного содержания, сопровождающимися подобранными музыкальными произведениями; аутогенным сеансом в виде упражнений, созданных по специальной методике; сеансом с бинауральной стимуляцией, включая сеансы для нормализации сна.

В процессе применения аудиовизуального комплекса в отделениях медицинской реабилитации получены следующие

щие результаты: нормализация психорегуляторных возможностей пациента при возникновении нарушений функционального состояния, увеличение резервных возможностей организма, что способствует повышению работоспособности.

Восстановление психосоматического состояния пациентов с помощью программно-аппаратного резонансно-акустического реабилитационного комплекса (ПРАК) находит широкое применение в медицинской реабилитации наркологических пациентов. ПРАК с подачей запрограммированных резонансно-акустических колебаний сигналов ЭЭГ здорового человека стимулирует мозг путем внешнего зрительного и звукового воздействия.

Основная цель данного метода – изменение текущего состояния работы мозга через воздействие на него определенными частотами. Исследователи обнаружили, что использование светозвуковых устройств не только снижает проявления абстинентного синдрома, но и значительно снижает влечение к употреблению ПАВ.

В 2015 году в отделении медицинской реабилитации курс «ПРАК» прошли 110 пациентов, было проведено 639 сеансов с помощью запрограммированных резонансно-акустических колебаний. Опрос пациентов в начале и конце сеанса показал следующие результаты: в 74% случаев пациенты отмечают расслабление, хорошее самочувствие; в 20% пациенты засыпают во время процедуры, после чего чувствуют себя отдохнувшими; в 6% пациенты не отмечали каких-либо изменений в своем состоянии.

Биологическую обратную связь («БОС») по праву называют технологией здоровья XXI века, основанную на принципах саморегуляции пациентом некоторых своих физиологических функций с использованием специальной аппаратуры. Высокую эффективность в преодолении зависимости показывает метод ДАС-БОС, предназначенный для обучения пациента диафрагмально-релаксационному типу дыхания с

максимальной величиной дыхательной аритмии сердца. Дыхательная аритмия сердца (ДАС) – это разница величин пульса на вдохе и выдохе.

В ходе тренировок пациент может повышать свою ДАС, что положительно влияет на внутреннюю среду организма.

В результате освоения диафрагмально-релаксационного дыхания и последующего его повседневного применения существенно улучшается здоровье, работоспособность, личная эффективность. Конечная цель тренинга – обучение пациента навыку самостоятельного управления своим дыханием и пульсом, что позволяет полностью контролировать свое психоэмоциональное состояние в повседневной жизни, в стрессовых ситуациях.

Качественная интерпретация результатов БОС – тренинга в среднем за 10 сеансов отражает следующую динамику: у 67% пациентов отмечается сокращение числа дыханий до 8–10 дыханий в минуту, у остальных 33% пациентов также отмечается снижение числа дыханий, но этот показатель несколько превышает норму; у 78% пациентов средние значения частоты сердечных сокращений в течение сеанса не увеличиваются; увеличение значения дыхательной аритмии сердца; навык диафрагмально-релаксационного дыхания закрепляется настолько, что человеку уже не требуются сигналы обратной связи.

Современные методики опосредованного воздействия, применяемые в медицинской реабилитации ГАУЗ «ООНД» в сочетании с другими реабилитационно-восстановительными мероприятиями значительно усиливают эффект их применения и преобразуют пациента из объекта врачебных вмешательств в активного и заинтересованного участника лечебного процесса. Помимо этого, они позволяют оптимизировать деятельность психологов и психотерапевтов, расширяя традиционный инструментарий, позволяя сохранять высокую работоспособность и нивелируя эмоциональное выгорание специалистов.

# ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ТУБЕРКУЛЕЗ: ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ

**А.И. Синева**

*Городская психиатрическая больница № 1  
им. П.П. Кащенко*

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

---

## MENTAL DISORDERS AND TUBERCULOSIS: FEATURES OF COMORBIDITY

**A.I. Sineva**

*The P.P. Kashchenko 1-st City Mental Hospital*

SAINT PETERSBURG

---

Ученые разных стран на протяжении многих лет отмечают большую, в сравнении с общей популяцией, заболеваемость психически больных туберкулезом и их высокую смертность от этого заболевания, которая в разы превышает смертность от туберкулеза в общей популяции. Туберкулез легких все больше сосредотачивается среди больных, страдающих психическими заболеваниями, алкоголизмом и наркоманией. В данном исследовании проведена попытка выявить особенности коморбидности туберкулеза и психических расстройств.

Постановлением Правительства РФ № 715 от 1 декабря 2004 г. психические расстройства и туберкулез включены в перечень социально значимых заболеваний. По данным разных авторов, среди больных туберкулезом выявляется от 42,7 до 72,7% лиц с психическими расстройствами и наркологическими заболеваниями (Рудой Н.М., Чубаков Т.Ч.,

1996 г.; Шереметьева И.И., Плотников А.В., 2012 г.; Шиллов А.В., 2015 г.).

Психически больные, особенно страдающие шизофренией, отличаются повышенной склонностью к заболеванию туберкулезом, что многими исследователями объясняется сниженной иммунологической реактивностью организма в результате нарушения регуляции высшей нервной деятельности, обусловленного психотическим расстройством; неполноценным питанием или отказом от пищи вследствие измененного психического состояния; нарушением в связи с болезнью выполнения гигиенических навыков и требований; снижением социальной и трудовой активности.

Известно, что лица с психическими расстройствами уклоняются от профилактических флюорографических осмотров, такие пациенты в половине случаев не обращаются к врачу даже при наличии клинических признаков туберкулеза легких. Эти факторы способствуют его позднему выявлению, формированию хронических деструктивных форм туберкулеза, удлиняют период лечения (Рудой Н.М., Чубаков Т.Ч., 1996 г.). Кроме того, психическое состояние не всегда позволяет собрать полный анамнез заболевания, провести пациенту рентгенологическое и другое дополнительное обследование, собрать мокроту (последнее обусловлено не только непониманием инструкций, отказом от манипуляции по бредовым мотивам или негативизмом, но и сухостью слизистых на фоне приема препаратов). Недооценка тяжести своего заболевания является предпосылкой несоблюдения психиатрическими пациентами рекомендаций врача.

Антипсихотические и противотуберкулезные препараты часто обладают гепатотоксическим действием, которое усиливается при совместном их применении, зачастую требуется применение меньших дозировок. При этом сама по себе противотуберкулезная химиотерапия может стать причиной развития нежелательных побочных действий, проявляющихся, наряду с другими признаками, поражением цен-

тральной нервной системы (психоэмоциональными нарушениями, головной болью, нарушениями сна, судорогами). Среди противотуберкулезных препаратов есть такие, которые противопоказаны при некоторых заболеваниях ЦНС (эпилепсия, склонность к судорожным припадкам) (Иванова Д.А., 2011 г.; Перельман Л.И., Соколова Г.Б. и соавт., 2003 г.).

Современный взгляд на патогенез заболеваний во фтизиатрии и психиатрии основывается на биопсихосоциальной концепции, которая рассматривает коморбидную патологию (туберкулез и психическое расстройство) как совокупность взаимообуславливающих и взаимовлияющих друг на друга факторов биологической, клинической, социальной и психологической направленности, совместное действие которых определяет возможность возникновения, характер течения, прогноз и исход заболеваний.

В 1990-е годы после распада Советского Союза, на фоне глобальных социально-экономических изменений в России произошло ухудшение эпидемиологических показателей, отражающих распространение туберкулеза. Пик заболеваемости туберкулезом пришелся на 2000-й год, в последующие годы отмечается постепенное снижение этого показателя (Нечаева О.Б., Скачкова Е.И., Кучерявая Д.А., 2013 г.; Шереметьева И.И., Плотников А.В., 2012 г.).

**Целью исследования** явилось выявление клинико-социальных особенностей контингента пациентов психотуберкулезных отделений Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы имени П.П. Кащенко и характеристик коморбидности туберкулеза и психической и наркологической патологии.

**Материал исследования.** Был проведен анализ 109 историй болезни пациентов психотуберкулезных отделений СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко», проходивших лечение в разные периоды с 1946 по 2015 г., из них 54 истории болезни за период лечения до 1990

г. включительно (первая исследуемая группа) и 55 историй болезни – с 1991 г. (вторая группа).

**Результаты исследования.** Пациенты обеих групп были представлены жителями Санкт-Петербурга (Ленинграда) и Ленинградской области. Средний возраст больных составил в первой группе 45,2 года, а во второй – 53,8. Средний срок лечения в стационаре – 379,9 и 325,6 дней соответственно.

В первой группе больные распределились по нозологической принадлежности следующим образом: чаще всего встречались алкоголизм и алкогольные психозы – в 38,9% случаев (21), шизофрения – в 29,6% случаев (16), в 6 случаях был установлен диагноз органического заболевания головного мозга (11,1%), еще реже встречались деменция, умственная отсталость и наркомания (по 2). Лишь в одном случае был установлен диагноз соматогенного психоза, обусловленного туберкулезом. У одного больного был диагностирован маниакально-депрессивный психоз, у троих пациентов – расстройства невротического круга.

Во второй группе нозологическая принадлежность была представлена следующими диагнозами: чаще всего встречались шизофрения – в 38,2% случаев (21), у 15 больных было выявлено органическое заболевание головного мозга (27,3%), алкоголизм и алкогольные психозы отмечались в 11 случаях (20%), деменция встречалась в трех, умственная отсталость, наркомания и соматогенные психозы – по 2 случая.

Всего в обеих группах у 60 (55%) больных в анамнезе отмечалось злоупотребление алкоголем (показатели в обеих группах распределились примерно поровну), употребление иных психоактивных веществ отмечалось в 4 случаях в первой и в 6 случаях во второй группах. Эти пациенты составляют особую группу, т.к. подавляющее большинство из них неоднократно покидали противотуберкулезные стационары, выписывались за нарушения режима, в связи с чем прекращали противотуберкулезное лечение.

Психическое расстройство развилось первым у 27 больных в первой группе и у 44 – во второй, у остальных сначала был диагностирован туберкулез, а психическое расстройство присоединилось позднее. Психическое расстройство наблюдалось более 10 лет у 18 пациентов из первой группы, у 34 – во второй группе. Более чем у половины больных из обеих групп в анамнезе отмечалось три и более госпитализации в психиатрические стационары.

При первичном выявлении примерно у половины больных были диагностированы деструктивные формы туберкулеза (29 пациентов в первой группе и 24 – во второй). Около ½ больных с ранее выявленным туберкулезом избегали посещения фтизиатра или посещали его нерегулярно. 23 пациента второй группы были ранее судимы (в первой группе всего 5 ранее судимых), 17 не имели собственного жилья (в отличие от двух пациентов из первой группы), у 22 больных родственные связи были утрачены (по сравнению с 4 пациентами, проходившими курс лечения в период до 1991 года).

Как показал анализ медицинской документации, в последние десятилетия чаще стали диагностироваться различные сопутствующие заболевания внутренних органов: у 17 пациентов из второй группы имелась сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы (по сравнению с 12 пациентами, лечившимися до 1991 г.), с такой же частотой (17 во второй группе и 12 в первой) встречались сопутствующие неврологические расстройства. У 9 пациентов второй группы были выявлены вирусные гепатиты В, С или их сочетание (в первой группе – лишь у двух больных). Нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта и сопутствующими заболеваниями органов дыхания страдали по 3 пациента в первой группе (7 и 5 больных второй группы соответственно).

**Выводы.** В ходе исследования выявлен определенный клинический патоморфоз (увеличение числа более тяжелых форм психических расстройств, первичность их возникнове-

ния по отношению к заболеванию туберкулезом, нарастание дополнительной коморбидности с гепатитами, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и неврологическими расстройствами), а также значительные динамические изменения социально-бытового статуса больных (увеличение количества больных, утративших жилье и социальные связи). Выявленные особенности указывают на необходимость разработки и применения специальных программ психосоциальной реабилитации, необходимых этому кругу пациентов.

# ТЕСТ *LWDS-11* КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ПУТЬ ДИАГНОСТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАЛЬЯНА

**И.Д. Спирина, А.В. Шорников**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,  
кафедра психиатрии, общей и медицинской психологии*

ДНИПРО (УКРАИНА)

---

## TEST *LWDS-11* AS A PERSPECTIVE WAY OF DIAGNOSIS DEPENDING ON HOOKAH

**I.D. Spirina, A.V. Shornikov**

*SE «Dnipropetrovsk medical academy»*

DNIPRO (UKRAINE)

---

Распространенность употребления табачных изделий издавна беспокоит мировую медицинскую общественность. В последние годы многие государства усилили меры борьбы с табачной эпидемией.

На этом фоне вызывает беспокойство повышение распространенности употребления табака через кальян в регионах, где такой вид употребления табака не является традиционным, например, в странах Восточной Европы, в частности в Украине.

Считается, что многие показатели зависимости от кальяна похожи на зависимость от сигарет, но есть некоторые особенности, которые пока не учитываются при организации борьбы с табакокурением. Поэтому проблема курения кальяна определенным образом недооценивается. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, дым, который выходит из кальяна, содержит многочисленные токсичные вещества, способные вызвать рак легких, болезни сердца

и другие заболевания. Курильщик сигарет обычно делает 8–12 затяжек по 40–75 мл в каждой примерно в течение 5–7 минут и вдыхают от 0,5 до 0,6 литров дымной смеси. В противоположность этому курение кальяна происходит в течение, как правило, 20–80 минут, в течение которых курильщик может принять 50–200 затяжек, от 0,15 до 1 литра каждая. Поэтому курильщик кальяна может вдохнуть столько дыма в течение одной сессии, сколько курильщик сигарет будет вдыхать при выкуривании 100 или более сигарет.

Даже после прохождения через воду кальянный дым содержит в большом количестве никотин, угарный газ (CO), формальдегиды и другие вещества, провоцирующие развитие опухолей. Вода в кальяне абсорбирует часть никотина, но это не дает гарантии «безопасного курения».

По данным Global Adult Tobacco Survey (GATS) в Украине по состоянию на 2010 год средняя распространенность курения кальяна составила 2% (3,2% среди мужчин и 1,1% среди женщин).

Актуальной проблемой в диагностике зависимости от кальяна является недостаточное количество диагностического инструментария для ее скрининговой диагностики. Наиболее перспективным нам представляется использовать тест LWDS-11 (Salameh P, Waked M, Aoun Z).

Тест содержит 11 вопросов, с 4-балльной шкалой оценивания (от 0 до 3 баллов), и позволяет оценить никотиновую зависимость (пункты 1–4), прекращение дисфорических состояний или отрицательного подкрепления (пункты 5–6), психологическое влечение (пункты 7–9), и положительное подкрепление (удовольствие и социальное взаимодействие, пункты 10–11). В вопросах 2 и 4 используется прямое оценивание, а в остальных – обратное. Оценка результатов проводится путем прямого подсчета баллов. Результаты 10 и более баллов оцениваются как вероятная зависимость от кальяна. Результаты от 0 до 9 баллов – отсутствие зависимости. Ниже мы приводим русскоязычный вариант теста.

## ТЕСТ

1. Число раз, на которое Вы способны прекратить курение кальяна более чем на 7 дней?

- а) не могу (3)
- б) один раз (2)
- в) несколько раз (1)
- г) это случается постоянно (0)

2. Процент дохода, который Вы можете потратить на курение кальяна?

- А) 1% от месячного дохода (0)
- Б) 2–10% от месячного дохода (1)
- В) 11–50% от месячного дохода (2)
- Г) больше 50% от месячного дохода (3)

3. Количество дней, которое Вы можете провести без курения кальяна?

- а) один день или менее (3)
- б) 2–3 дня (2)
- в) 4–7 дней (1)
- г) более 7 дней (0)

4. Количество кальянов, которое Вы обычно выкуриваете в неделю?

- а) меньше 1 кальяна в неделю (0)
- б) 1–2 кальяна в неделю (1)
- в) 3–6 кальяна в неделю (2)
- г) 7 и более кальянов в неделю (3)

5. Вы курите кальян чтобы снять нервное напряжение?

- А) да, всегда (3)
- Б) да, часто (2)
- В) да, иногда (1)
- Г) нет (0)

6. Вы курите кальян, чтобы улучшить свое моральное состояние?

- А) да, всегда (3)
- Б) да, часто (2)
- В) да, иногда (1)
- Г) нет (0)

7. Курите ли вы кальян, когда вы чем-то серьезно заболели?

- а) да, всегда (3)
- б) да, часто (2)
- в) да, иногда (1)
- г) нет (0)

8. Курите ли вы кальян, когда вы одни?

- а) да, всегда (3)
- б) да, часто (2)
- в) да, иногда (1)
- г) нет (0)

9. Готовы ли вы предпочесть курение кальяна приему пищи?

- а) да, всегда (3)
- б) да, часто (2)
- в) да, иногда (1)
- г) нет (0)

10. Курите ли вы кальян ради удовольствия?

- А) да, всегда (3)
- Б) да, часто (2)
- В) да, иногда (1)
- Г) нет (0)

11. Курите ли вы кальян ради поддержания отношений?

- А) да, определенно (3)
- Б) скорее всего да (2)
- В) может быть да (1)
- Г) нет (0)

Таким образом, в настоящее время в наличии на русском языке есть только тест LWDS-11. Мы проводим оценку его эффективности и репрезентативности в русскоязычной популяции.

# **ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С КОКСАРТРОЗОМ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ**

**И.Д. Спирина, Е.С. Феденко**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,  
кафедра психиатрии, общей и медицинской психологии*

ДНИПРО (УКРАИНА)

---

## **FEATURES OF CORRECTION OF BORDERLINE MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH COXARTHROSIS WHO NEED ENDOPROSTHETICS**

**S.D. Spirina, E.S. Fedenko**

*SE «Dnipropetrovsk Medical Academy MOH of Ukraine»,  
Department of Psychiatry, General and Medical Psychology*

DNIPRO (UKRAINE)

---

Известно, что коксартроз является наиболее тяжелой формой остеоартроза, сопровождается выраженным болевым синдромом, значительно ограничивает двигательную активность больного и обычно требует оперативного вмешательства – тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Данное заболевание не только значительно ухудшает качество жизни больных, но часто вызывает коморбидные психические расстройства невротического регистра (тревожные, депрессивные и т.д.), которые значительно влияют на течение заболевания и его прогноз.

**Целью исследования** было оценить эффективность медикаментозной коррекции пограничных психических расст-

роЙств у больных с коксартрозом, нуждающихся в эндопротезировании.

**Материалы и методы исследований.** Под динамическим наблюдением находились 67 больных с коксартрозом в возрасте от 26 до 64 лет, проходивших стационарное лечение в отделении эндопротезирования областной клинической больницы г. Днипра в период с февраля по сентябрь 2016 года. Среди обследованных было 23 (34,2±4,7%) мужчины и 44 (65,8±4,7%) женщины. Все пациенты страдали коксартрозом, подтвержденным соответствующими медицинскими документами. Во всех случаях выполнено оперативное вмешательство – эндопротезирование (замещение тазобедренного сустава). Для диагностики психопатологических расстройств и оценки эффективности лечебных мероприятий в работе использованы методы: клинико-психопатологический (методика SCL-90-R), исследование типа отношения к болезни (ЛЮБИ), шкала тревоги Тейлор, методика Шмишека-Леонгарда для оценки личностной акцентуации, шкала самооценки Дембо-Рубинштейн, 8-цветовой тест Люшера, Торонтская алекситимическая шкала (TAS). Выраженность болевого синдрома оценивалась с помощью визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ).

**Результаты и их обсуждение.** Среди основных жалоб больных на предоперационном этапе были жалобы на повышенную утомляемость (87,3±3,0%), общую слабость (69,5±4,6%), раздражительность (63,6±4,6%), нарушения сна (62,6±4,6%) и аппетита (60,9±4,7%). Интенсивность болевого синдрома до оперативного вмешательства оценивалась в (56,0±1,7) баллов по ВАШ. Общая выраженность психопатологической симптоматики или индекс тяжести дистресса (GSI) по шкале SCL-90-R равен (1,28±0,05) балла, что более чем в двое превышает литературные данные здоровых лиц (0,51±0,02). По результатам клинико-психопатологического исследования и критериям МКБ-10 у 45 (66,8±4,6%) больных коксартрозом были диагностированы такие формы погранич-

ных психических расстройств, как депрессивное расстройство (F32) – 17 (24,8±4,2%), неврастения (F48) – 11 (16,2±3,6%), фобические и тревожные расстройства (F40-41) – 12 (18,2±3,8%), расстройства личности (F60.5, F60.6, F60.7) – 5 (7,6±2,6%).

У больных коксартрозом с выявленными пограничными психическими расстройствами терапия имела комплексный характер и проводилась как на госпитальном этапе в течение одного месяца, так и на амбулаторном этапе в виде поддерживающей терапии в течение 3 месяцев и более. Лечение носило комплексный характер и включало психообразовательные и психотерапевтические мероприятия (беседа, лекция, аутотренинг), а также психофармакотерапию (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики в малых и средних терапевтических дозах).

Целью психообразовательных и психотерапевтических мероприятий было активное формирование у больных рационального отношения к своей болезни. Применение транквилизаторов, с их специфической активностью в отношении невротического уровня психопатологических расстройств, проводилось по общим принципам фармакотерапии с учетом общих и избирательных антиневротических, а также вегетостабилизирующих и регулирующих сон компонентов, с одной стороны, и структуры клинической картины, с другой.

Для больных с повышенной конформностью, тревожными мыслями психотерапия изначально сочеталась с использованием транквилизаторов для снижения остроты невротических переживаний, напряжения, тревоги и страха. Больным с явной тревогой в структуре невротических реакций эффективным было назначение транквилизаторов с седативным действием в малых и средних дозах: альпразолам 0,75–1,5 мг в сутки, афобазол до 20–30 мг в сутки, гидазепам 50–100 мг в сутки и феназепам до 3 мг в сутки. Когда переживания сочетались с гипотонией и субдепрессией, назначались небольшие дозы антидепрессантов – флуоксетин 20 мг в

сутки, циталопрам 20 мг в сутки, сертралин 50 мг в сутки, ципралекс 10 мг в сутки и миасер 30 мг в сутки и нейролептиков – сероквель 25–50 мг в сутки, сонapakс (ридазин, тиоридазин) 15–30 мг в сутки, хлорпротиксен (труксал) 15–30 мг в сутки.

Когда больные жаловались на то, что не могут засыпать от резкой боли в суставах, мы рекомендовали к транквилизаторам добавлять минимальные дозы антидепрессантов с целью использования их миорелаксирующего влияния, таких как миасер 30 мг и ципрамил 10 мг. Продолжительность этого курса лечения была 2–3 недели и продлевалось до одного месяца и более, особенно при длительном невротическом состоянии. При лечении больных с продолжительным невротическим состоянием в виде невротической депрессии назначались средние дозы антидепрессантов, таких как циталопрам 20–40 мг в сутки, флуоксетин 20–40 мг в сутки, ципралекс 10–20 мг в сутки и миасер до 30–60 мг в сутки со снотворными и транквилизаторами. Для усиления седативного эффекта в отдельных случаях применялись малые нейролептики, такие как сероквель 25–50 мг в сутки, сонapakс (ридазин, тиоридазин) 15–30 мг в сутки, и хлорпротиксен (труксал) 15–30 мг в сутки.

К относительно возбудимым больным со вспыльчивостью, грубостью, гневливостью, придиричивостью и быстрыми эксплозивными аффективными реакциями по ничтожному поводу при декомпенсации психопатии астенического типа применялась такая же врачебная тактика, как и при астенических невротических реакциях преимущественно с назначением сероквеля с индивидуальными дозами при длительном лечении в комплексе с транквилизаторами седативного действия (феназепам до 5–6 мг в сутки).

**Выводы.** Комплексная психотерапевтическая и психофармакологическая тактика лечения больных с коксартрозом способствует ощутимому регрессу выявленных психических нарушений, позволяет улучшить психоэмоциональное со-

стояние пациентов. Наблюдение за пациентами с коксартрозом, нуждающихся в эндопротезировании, целесообразно проводить совместно травматологом/ортопедом и психотерапевтом/психиатром, а также своевременно проводить медикаментозную и психотерапевтическую коррекцию психоэмоционального статуса данного контингента больных. Усилия специалистов, в частности психиатрического профиля, должны быть направлены на то, чтобы помочь больному с коксартрозом адекватно воспринимать свое заболевание, качественно приспособиться к измененному физическому и социальному статусу.

# **ДВОЙНОЙ ДИАГНОЗ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**Н. Ткешелашвили<sup>1</sup>, Т. Аладашвили<sup>1</sup>,  
Л. Цулеискири<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Центр психического здоровья и превенции наркоманий,  
Клиническое отделение*

<sup>2</sup> *Центр психического здоровья и превенции наркоманий,  
Отделение социальной реабилитации*

ГРУЗИЯ (ТБИЛИСИ)

---

## **DUAL DIAGNOSIS AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION**

**N. Tkeshelashvili<sup>1</sup>, T. Aladashvili<sup>1</sup>, L. Tsuleiskiri<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Center for mental health and prevention of addiction, General department*

<sup>2</sup> *Center for mental health and prevention of addiction,  
Social rehabilitation department*

GEORGIA (TBILISI)

---

After implementation of reform in the field of psychiatry in Georgia, the Center of mental health and prevention of addiction is functioning in Tbilisi since 2011. The Course of treatment is fulfilled in 2 psychiatric and in one narcological department. Cases of delivering patients with dual diagnoses are very frequent: the patients suffering at the same time from frustration – due to substance and alcohol abuse and comorbid mental disorders. These facts ensure us in the importance of establishing the certain communication between substance misuse, alcoholism and mental disease. This establishment has a great value both for developing a strategy of treatment, and for rehabilitation and resocialization of these patients.

2519 patients were hospitalized in acute psychiatric department for the last two years, among which were 67 patients with the dual diagnosis: (F10.1) – (F10.5), with the diagnosis (F07.0) – 29 patients, (F61) – 10 patients, (F63) – 20 patients, (F06.1) – 10 patients, (F60.3) – 23 patients. In cases of the diagnosis (F10.1) – (F10.5), treatment was fulfilled with participation of the doctor-expert in narcology (detoxification, strengthening therapy), antipsychotic medication. After a reduction of acute psychopathological symptomatology, psychosocial rehabilitation worker was involved in a process. The assessment of demands was made, scheduling of individual service, performance of plan A-after the informed agreement patients joined the groups of psychosocial rehabilitation: 1) the art therapy, 2) group of support, 3) ergotherapy.

After discharge, in future, if desired, patients continued a rehabilitation course at the Center for mental health and prevention of addiction, as well as at the specialized centers with addiction profile.

После осуществления реформы в области психиатрии в Грузии в Тбилиси с 2011 года функционирует Центр психического здоровья и превенции наркологии, где курс стационарного лечения проводится в 2-х психиатрических и в одном наркологическом отделениях.

Часты случаи поступления с двумя психическими диагнозами: пациенты, страдающие одновременно расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, и с диагнозом психических расстройств. Установление определенной связи между наркоманией, алкоголизмом и психическим заболеванием имеет важное значение как для разработки стратегии лечения, так и для реабилитации и ресоциализации этих пациентов.

В острое психическое отделение за последние два года поступило 2519 больных, среди которых с двойным диагнозом: (F 10.1) – (F 10.5) – 67 больных, с диагнозом (F 07.0) –

29 больных, (F61) – 10 больных, (F63) – 20 больных, (F06.1) – 10 больных, (F60.3) – 23 больных. При наличии диагноза (F10.1) – (F10.5) лечение проводилось с участием врача-нарколога (детоксикация, общеукрепляющая терапия), назначались антипсихотические препараты. После редукции острой психопатологической симптоматики в лечение включался работник психореабилитационного отделения. Производилась оценка потребностей, составление плана индивидуального обслуживания, выполнение плана А – при информированном согласии больные включались в группы психосоциальной реабилитации: 1) арт терапия, 2) группа поддержки, 3) эрготерапия.

После выписки, в дальнейшем, при желании, пациенты продолжали курс реабилитации в Центре психического здоровья и превенции наркологии, а также в специализированных центрах для пациентов наркологического профиля.

# **АЛКОГОЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ЗЛУОПОТРЕБЛЕНИЕМ БАРБИТУРАТАМИ**

**И.А. Уваров<sup>1</sup>, А.Р. Нафиков<sup>2</sup>, В.Т. Лекомцев<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России»*

<sup>2</sup> *БУЗ «Республиканский наркологический диспансер Минздрава Удмуртской Республики»*

ИЖЕВСК (РОССИЯ)

---

## **ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME IS COMPLICATED BY THE ABUSE OF BARBITURATES**

**I.A. Uvarov<sup>1</sup>, A.R. Nafikov<sup>2</sup>, V.T. Lekomtsev<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *FSBI HE «Izhevsk State Medical Academy, Russian Ministry of Health»*

<sup>2</sup> *BHI «National Drug Dispensary Ministry of Health of the Republic of Udmurtia»*

IZHEVSK (RUSSIA)

---

В последнее время как психиатры-наркологи, так и врачи других специальностей, в силу тех или иных обстоятельств занимающиеся лечением больных алкогольной зависимостью, все чаще стали сталкиваться с тяжелыми осложнениями у этих больных, вызванными злоупотреблением барбитуратсодержащими препаратами. Подлежат употреблению, как правило, барбитураты, входящие в состав сложных лекарственных препаратов (корвалол, валокордин), которые не подлежат рецептурному контролю. Вышеуказанные средства применяются с целью облегчения симптомов алкогольной абстиненции, а именно диссомнических расстройств,

тревоги, беспокойства, пониженного настроения, предотвращения алкогольных психозов, а также потенцирования действия алкоголя.

Длительный период полувыведения барбитуратов (у взрослых в среднем до 79 часов), опасное действие при применении высоких доз препарата (угнетение и снижение чувствительности к углекислому газу дыхательного центра, угнетение сосудодвигательного центра, миотропное сосудорасширяющее свойство), а также схожая алкогольным опьянением клиника значительно отягощает течение и усложняет терапию алкогольной абстиненции, осложненной злоупотреблением барбитуратами.

Нами был проведен анализ результатов лечения двух групп больных. В начале исследования обследуемые были разделены на две группы: больные алкогольной зависимостью, осложненной злоупотреблением барбитуратами (основная, I группа, 25 больных), и больные алкогольной зависимостью, не осложненной злоупотреблением барбитуратами (контрольная, II группа, 25 больных). Больные выбирались методом сплошной выборки. Все пациенты были мужского пола. Все больные были дополнительно обследованы терапевтом и неврологом.

Проведенное исследование показало, что по возрасту группы статистически не различались. Достоверные различия наблюдались в наличии у группы больных алкоголизмом, злоупотребляющих барбитуратами, в наличии токсического гепатита ( $p < 0,05$ ), эписиндрома ( $p < 0,05$ ), а также более длительном и тяжелом течении абстинентного синдрома ( $p < 0,05$ ).

Влечение к алкоголю было наиболее выражено у основной группы на 3-е сутки абстинентного синдрома ( $p < 0,02$ ), а наличие гипотимии и дисфорических расстройств – на 4-е сутки терапии ( $p < 0,01$ ). Диссомнические расстройства и нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы (как правило, это колебания артериального давления и признаки

токсической миокардиодистрофии) отчетливее проявлялись у основной группы соответственно на 2-е ( $p < 0,01$ ) и на 3-е сутки абстинентного синдрома ( $p < 0,01$ ).

Все вышеизложенное диктует более тщательный сбор анамнеза у больных алкогольной зависимостью, проведения исследования биологических жидкостей на содержание барбитуратов, а при их наличии – постоянный мониторинг состояния сердечно-сосудистой системы. Терапия алкогольного абстинентного синдрома, осложненного злоупотреблением барбитуратами, требует назначения бензодиазепиновых транквилизаторов, антиконвульсантов-нормотимиков, а в постабстинентном периоде – корректоров поведения и антидепрессантов.

# НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ АДДИКЦИЙ В ГРАЖДАНСКОМ И ПЕНИТЕНЦИАРНОМ СЕКТОРАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**А.А. Черенков<sup>1</sup>, И.А. Уваров<sup>2</sup>, Н.Г. Обухов<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> *Филиал «Туберкулезная больница»  
ФКУЗ МСЧ 18 ФСИН России*

<sup>2</sup> *ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская  
академия Минздрава России»*

<sup>3</sup> *БУЗ «Республиканский наркологический диспансер  
МЗ Удмуртской Республики»*

ИЖЕВСК (РОССИЯ)

---

## SOME ASPECTS OF THERAPY ADDICTIONS IN CIVIL AND PENITENTIARY HEALTH SECTOR

**A.A. Cherenkov, I.A. Uvarov, N.G. Obukhov**

<sup>1</sup> *Branch «Tuberculosis Hospital» FKUZ NFM 18 FSIN Russia*

<sup>2</sup> *Izhevsk State Medical Academy*

<sup>3</sup> *Ministry of health Udmurt Republican narcology dispensary*

IZHEVSK (RUSSIA)

---

Феномен всевозможного рода аддикций характерен для человеческого сообщества на протяжении всей его истории.

Причины возникновения и существования аддикций сложны и многообразны, к ним относятся социальные, психологические, биологические, духовные факторы.

К наиболее давно и часто встречающимся видам зависимостей относятся алкогольная, опиоидная и появившаяся сравнительно недавно зависимость от т.н. «дизайнерских

ПАВ». Следует также отметить, что даже острые отравления алкоголем и его суррогатами все же более благоприятны в плане прогноза *ad vitam* по сравнению с острыми отравлениями другими ПАВ.

Безусловно, не следует упрощать проблему алкогольной зависимости. Так, по многолетним данным статистических отчетов Республиканского наркологического диспансера (РНД) Удмуртской Республики, больные с алкогольными проблемами составляют от 80 до 92% от всех больных.

Также значительную часть они составляют и среди проходивших лечение в отделении анестезиологии – реанимации (ОАРИТ РНД). За почти десятилетний период их было 966 (40,1%). Показанием к переводу в ОАРИТ были нарушения витальных функций, как вследствие острой алкогольной интоксикации, так и вследствие соматической патологии.

Больные алкогольной зависимостью, как правило, имели достаточно серьезные соматические проблемы. Так, по результатам обязательного рентгенологического исследования при госпитализации, 517 пациентам (53,5%) был выставлен хронический бронхит различных стадий, пневмосклероз, эмфизема, фиброз. А это подтверждает данные проведенных ранее исследований, что у большей части больных алкоголизмом имеются признаки никотиновой зависимости [6, 5]. Следует впрочем, отметить, что клинически выраженная дыхательная недостаточность проявлялась у них не столь часто. Так лишь 43 (4,5%) пациента потребовали той или иной респираторной поддержки. 11 больным (1,1%) потребовалась интубация трахеи и ИВЛ в различных режимах.

Кардиальная патология была причиной перевода в ОАР у 112 (13,8%) больных алкоголизмом. Это были проявления хронической сердечной недостаточности у 66 (58,9%) больных, гипертонической болезни в 32 (28,6%) случаях, «острые коронарные проявления» – ИБС у 9 (8,0%) пациентов и инфаркты у 5 (4,5%).

Практически у  $\frac{3}{4}$  (72,3%) пациентов потребовалось проведение инотропной поддержки. Пришлось перевести в профильные стационары 18 (16,1%) больных, что, учитывая профиль наших пациентов, требовало привлечения административного ресурса. Летальность в этой группе составила 5,4% (6 больных). У всех умерших больных при прозекторском исследовании была выявлена миокардиопатия [4].

Как уже отмечалось, больные алкогольного профиля составили абсолютное большинство пациентов РНД. Больные же со злоупотреблением опиоидами составили за последние 5 лет лишь от 3,8 до 1,2% всех пациентов. Значительно снизилась доля больных с острыми отравлениями опиоидами. Так, за последние 3 года они составили 2,8%, хотя в период 2007–2011 гг. они составляли более 40% пациентов, находившихся на лечении в ОАРИТ РНД.

Таким образом, складывается впечатление о значительном уменьшении больных с зависимостью от опиоидов. Однако вряд ли ситуация выглядит столь однозначно. Существует очень значительный «коллектор» опиоидных наркоманов. Этим «коллектором» являются учреждения пенитенциарной системы (ПС).

Факт повышенной концентрации в учреждениях ПС наркозависимых, токсикоманов, лиц с девиантными формами поведения не является чем-то новым [7]. По данным статистики УФСИН России по Удмуртской Республике, в настоящее время до 18% лиц из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных, наблюдаются как наркозависимые и склонные к употреблению ПАВ. Так, в настоящее время в учреждении ЛИУ-4 УФСИН России по Удмуртской Республике более 60% заключенных осуждены по статьям, связанным с распространением наркотиков. Однако, как представляется, данные цифры являются лишь верхушкой айсберга, поскольку практически 100% лиц, содержащихся под стражей в учреждениях УИС, заразились ВИЧ-инфекцией как потребители инъекционных наркотиков (ПИН).

Вопреки досужим измышлениям «желтой прессы» употребление наркотиков в местах лишения свободы не носит, конечно же, массового характера. Во всяком случае, авторы за многолетний период службы практически не сталкивались с данными фактами. Однако это не значит, что не существует попыток проноса опиоидов и других ПАВ в места лишения свободы.

Вообще в течение последних лет в учреждениях УИС достаточно остро стоит проблема наркомании и незаконного оборота наркотиков. Наркобизнес становится высокорентабельным даже при ввозе небольших партий наркотиков. Эта деятельность прочно вошла в сферу интересов организованных преступных формирований. Она представляет реальную угрозу как здоровью осужденных, так и сотрудников, в т.ч. и медицинских работников, правопорядку и безопасности.

Следует отметить несколько аспектов безопасности. Это, говоря условно: «биологический», связанный с ВИЧ-инфекцией различных форм, которая была зафиксирована нами в 21,4%, также у 44,6% наркоманов являются носителями вирусов гепатита С и В, при этом у 14,9% гепатит С сочетался с ВИЧ-инфекцией, а также и «социальный»: значительная часть осужденных склонны к деструктивному поведению как в плане аутоагрессий, так и в плане насилия по отношению к другим осужденным и сотрудникам ПС.

Еще одним аспектом проблемы является то, что по возрастному составу 85% осужденных наркозависимых – лица моложе 30 лет, у которых низкий образовательный ценз и практически отсутствует жизненный опыт.

В этой связи нами была предложена комплексная программа, которая включала бы в себя:

– сразу при поступлении в учреждения УИС проводить лицам, злоупотребляющим опиоидами, ультрабыструю детоксикацию путем выведения опиоидов и их дериватов из организма в условиях следственного изолятора или ЦБ;

– для проведения диагностических мероприятий по оценке наличия и уровня алкогольного (наркотического) опьянения приобрести в достаточном количестве тесты для экспресс-анализа и спектрофотометр для определения вида опьянения и его количественной оценки;

– учитывая большое количество ВИЧ-инфицированных осужденных, приобрести в плановом порядке одноразовый расходный материал для обеспечения безопасности как пациента, так и персонала при проведении необходимых манипуляций (прежде всего для обеспечения сосудистого доступа): как-то – одноразовых наборов для катетеризации, кольчужных перчаток *et set*;

– в рамках реабилитационных мероприятий как в первые 2–6 месяцев после купирования абстинентного синдрома, так и перед освобождением заключенного проводить (с его согласия) лечение блокаторами опиатных рецепторов (антаксон, вивитрол).

Следует отметить, что последний пункт программы нередко оговаривается и самими осужденными, в силу предупреждения рецидива заболевания.

Основные положения программы были доложены на круглом столе «Актуальные вопросы организации наркологической и психиатрической помощи лицам, содержащимся в учреждениях уголовно-исполнительной системы» (М., 2013). Частично они были реализованы в подразделениях ФКУЗ МСЧ 18 ФСИН России.

Как представляется, следует коротко остановиться на клинически обоснованном применении опишной детоксикации с помощью специфических антидотов. Механизм купирования абстинентного синдрома основан на конкурентном антагонизме, т.е. на вытеснении героина или других опиатов из опиоидных, в основном  $\mu$ -рецепторов ЦНС. Героин и другие  $\mu$ -агонисты вызывают торможение допаминергической нейротрансмиссии [2].

Детоксикацию необходимо проводить большими дозами антидотов, что приводит к быстрому удалению из ЦНС

любых опиатов. Однако замещение опиоидов антагонистами приводит к возникновению и резкому усилению вегетативных проявлений абстинентного синдрома («норадренэргический или вегетативный шторм»).

Проявления «вегетативного шторма» удастся нивелировать, используя достижения анестезиологии и реаниматологии, в частности, путем проведения многочасового наркоза. Проведение наркоза позволяет, в свою очередь, использовать большие дозы опиатных антагонистов, которые блокируют максимально возможное количество опиоидных рецепторов [2, 7].

В последние годы в наркологии появился новый «вызов». Этим вызовом стало появление т.н. «дизайнерских наркотиков» (ДН). Согласно классификации новых синтетических наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов, по P. Dargan, D. Wood (2010) [1], они делятся на следующие группы.

1. «Спайс» – синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов.
2. Пиперазины – 1-бензилпиперазин и др.
3. Катионы – мефедрон, метедрон, метилон, МДПВ и др.
4. Новые депрессанты – гамма-бутиролактон и др.
5. Новые амфетамины – 4-флюороамфетамин и др.
6. Синтетический кокаин [1, 3].

Данная классификация во многом умозрительная, поскольку количество тех же синтетических каннабиноидов насчитывает несколько десятков видов [1]. Не учитывается также вероятность микст-отравлений различными ДН и их сочетаниями с алкоголем.

Тем не менее, пациенты с отравлениями различного рода ДН составляют все более значимую часть в структуре наркологической патологии. Так, за последние 5 лет в общей структуре пациентов РНД они составили от 1,8% в 2011 г. до 12,8 в 2015 г. В структуре же urgentных поступлений больные с ДН составили в 2014 и 2015 г. 57,1% и 56,0% соответственно. В 2016 году (за 8 мес.) произошло некоторое сокращение по-

ступления больных с отравлениями ДН (167 из 372 – 44,9%). Более 89,0% больных (666 из 745) поступили по линии СМП. По характеру отравления на первом месте стоит отравление курительными смесями – 56,0%, затем идут катиноны (прежде всего соединения пировалерона) – 37,0%. Оставшиеся пациенты имели в основном mixed-отравления.

Учитывая достаточно массовый характер поступления больных, их госпитализация и связанные с ней диагностический поиск и интенсивная терапия легли дополнительной нагрузкой на структурные подразделения стационара. Ситуацию усугубляет тот факт, что среди потребителей синтетических каннабиноидов от 17 до 28% составляют несовершеннолетние от 8 до 17 лет (средний возраст 15,4 года), а среди потребителей синтетических катинонов значителен процент больных с длительным стажем злоупотребления опиоидами со своим преморбидным фоном (ВИЧ-инфекция, гепатиты, эндокардиты и пр.).

Таким образом, в настоящее время происходит некоторая «смена векторов» в проявлениях аддикций. При сохраняющемся общем высоком уровне и относительной доброкачественности протекания алкогольной зависимости происходит некоторое снижение доли опиоидной наркомании в гражданском секторе здравоохранения. В пенитенциарном же секторе опиоидная наркомания представляет еще достаточно массовую проблему. В последние же годы на ведущие позиции выходит аддикция, связанная с дизайнерскими наркотиками. Учитывая все изложенные факторы, следует всемерно развивать профилактику, осваивать новые технологии в интенсивной терапии и реабилитации различных видов зависимостей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Брусин К.М., Новикова О.В., Забродин О.В., Уразаев Т.Х., Ентус В.А., Чайковская И.Л. Острые отравления новыми синтетическими наркотиками психостимулирующего действия. Информационное письмо для врачей. – Екатеринбург, 2011. – 20 с.

2. Бутров А.В., Гофман А.Г., Цимбалов С.Г. Купирование опиоидного абстинентного синдрома антагонистами опиатов под общей анестезией. Пособие для врачей. М., 2000. – 20 с.

3. Веселовский Н.В., Коваленко А.Е., Папазов И.П., Галузин К.А., Москаль И.В., Шибанова Н.И. Наркотики. Свойства. Действие. Фармакокинетика. Метаболизм. Пособие для работников наркологических больниц, наркодиспансеров, химико-токсикологических и судебно-химических лабораторий. – М., ИД «Нарконет», 2002. – 232 с.

4. Карлова Т.Б., Обухов Н.Г., Черенков А.А. К вопросу об организации отделения анестезиологии – реанимации наркологического диспансера в условиях индустриального города. – В сб. Всероссийский конгресс анестезиологов-реаниматологов и главных специалистов «Современные достижения и будущее анестезиологии – реаниматологии в Российской Федерации». – М., 2007 – С. 5–6.

5. Менделевич В.Д. Наркология: учебник / В.Д. Менделевич, Ю.П. Сиволап. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. – С. 291–307.

6. Николаев В.М. Клинические особенности алкогольных психозов в пожилом (предстарческом) возрасте // Пробл. геронтологии и гериатрии на рубеже XX–XXI веков. – 2000. – С. 56–58.

7. Черенков А.А. Больные с наркологической патологией в пенитенциарном и гражданском секторах здравоохранения с позиции анестезиолога-реаниматолога / Черенков А.А., Обухов Н.Г., Пономарев С.Б. // Социально-значимые заболевания в местах лишения свободы. Материалы 4-й международной научно-практической конференции. – Минск, 9–10 сентября, 2009. – С. 212–221.

# НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**А.А. Черенков**

*БУЗ Республиканский наркологический диспансер  
МЗ Удмуртской Республики*

ИЖЕВСК (РОССИЯ)

---

## SOME ASPECTS OF THE STATUS OF THE RESPIRATORY SYSTEM IN PATIENTS WITH DRUG ADDICTIONS

**A.A. Cherenkov**

*Ministry of health Udmurt Republican narcology dispensary*

IZHEVSK (RUSSIA)

---

Увеличение количества больных наркологического профиля продолжает оставаться актуальной проблемой. Причины роста наркомании сложны и многообразны, к ним относятся социальные, экономические, психологические, биологические, бытовые и др. факторы. В последние годы была несколько «потеснена» героиновая наркомания. Хотя, наверное, правильнее вести речь о некоей трансформации опиоидной зависимости. В сельской местности и малых городах место героина занимает дезоморфин («крокодил»), маковая соломка, а в крупных городах метадон. С воссоединением Крыма, где действовала украинская метадоновая программа, весьма вероятно увеличение потребителей метадона. В последние годы резко усилили свои позиции т.н. «дизайнерские наркотики», и часть «старых», героиновых наркоманов перешла на синтетические катиноны – т.н. «соли».

Целью исследования явилось изучение состояния дыхательной системы у разных категорий наркологических больных и ее влияние на течение и прогноз заболевания.

Исследование проведено в условиях отделения анестезиологии-реанимации (ОАРИТ) Республиканского наркологического диспансера (РНД).

За 2007 (2007 – 8 месяцев) – 2013 гг. через него прошло 982 пациента. Из них: с тяжелыми проявлениями алкогольной зависимости 507 (51,63%), опиоидной наркоманией 412 (41,96%) и отравлениями дизайнерскими наркотиками (ДН) 63 (6,41%). Мужчины составили 77,3% и женщины 22,7% соответственно. Средний возраст пациентов с наркоманией составил  $32,14 \pm 7,91$  года и  $43,78 \pm 9,07$  года у больных с алкогольными проблемами. Практически 4/5 больных (780 человек) поступили планово для проведения процедуры ультрабыстрой опиоидной детоксикации (УБОД) (у опиоидных наркоманов) и общей детоксикации у «алкоголиков».

Какаясь преморбидного фона у больных, прошедших через ОАРИТ РНД: в 21,43% случаях у них имелась ВИЧ-инфекция различных стадий. У 44,62% имели место гепатиты С и В, при этом у 14,87% гепатит С сочетался с ВИЧ-инфекцией.

За период 2014–2016 гг. (2016 – 8 месяцев) через ОАРИТ прошло 1418 пациентов, т.е. за неполные 3 года прошло больных больше, чем за предыдущие 7 лет. Качественно изменилась структура больных, так больные с отравлением ДН составили почти 62% (879 пациентов), еще 32,37% (459 больных) составили «алкоголики», всего лишь 2,8% (40 человек) составили больные с опиоидной наркоманией, оставшиеся 2,8% составили больные с отравлениями ПАВ растительного происхождения (семена дурмана, «индийская роза» et cet).

Изменился и средний возраст больных. Так, средний возраст пациентов с отравлениями ПАВ составил  $25,18 \pm 4,11$  лет, при этом несовершеннолетние составили 18% от их числа.

912 пациентов (64,38%) поступили по линии БСМП, еще 112 человек были переведены из подразделений МВД и других стационаров. Гендерные особенности пациентов не претерпели существенных изменений (мужчины 79,2% и женщины 20,8%).

Таким образом, в исследование включено 2410 пациентов, прошедших через ОАРИТ РНД в течение почти 10 лет. Из них с алкогольными проблемами 966 (40,08%), с отравлением ДН – 942 (39,09% – причем практически все в период 2014–2016 гг., и, в основном, по линии БСМП), «опиоидные» (в основном героиновые, и, в период 2007–2011 гг.) наркоманы составили 18,76% (452 человека), и оставшиеся 50 человек (2,07%) с отравлениями ПАВ растительного происхождения *et cetera*.

Изменения со стороны дыхательной системы достаточно характерны для пациентов наркологического профиля. Так у больных с алкогольными проблемами, по результатам обязательного рентгенологического исследования при госпитализации, 517 пациентам (53,52%) был выставлен хронический бронхит различных стадий, пневмосклероз, эмфизема, фиброз. Т.е у более половины больных алкогольного профиля имела место та или иная компрометация дыхательной системы.

Следует, впрочем, отметить, что клинически дыхательная недостаточность проявлялась у них нечасто. Так, лишь 43 (4,45%) пациента потребовали той или иной респираторной поддержки. 11 больным (1,14%) потребовалась интубация трахеи и ИВЛ в различных режимах.

Несколько иная картина имела место у опиоидных наркоманов. У 44 человек (9,73%) была найдена клинически и зафиксирована рентгенологически острая пневмония. Следует отметить, что, по данным литературы, еще в 70–80 гг. прошлого века зафиксировано специфическое поражение органов дыхательной системы при злоупотреблении опиоидами, появился даже термин «героиновая пневмония».

В условиях 21 века при широком распространении ВИЧ-инфекции ситуация еще больше ухудшилась. Практически у всех больных с пневмониями она сочеталась с ВИЧ-инфекцией различных стадий. Ее интенсивная терапия потребовала респираторной поддержки (в т.ч. с ИВЛ), массивного применения антибактериальных препаратов. При этом приходилось назначать несколько курсов антибиотикотерапии, в т.ч. с использованием цефалоспоринов IV поколения, фторхинолонов III поколения et cet. Особенно трудоемкой была терапия пневмоний у больных с наркоманией дезоморфином, где пневмония носила в основном септический характер. Этим больным приходилось назначать гликопептиды (ванкомицин в максимальных дозировках), линезолид (зивокс). Летальный исход имел место у 3 больных (6,82% из больных пневмонией). Все умершие больные имели терминальную фазу ВИЧ-инфекции. Еще у 17 пациентов (3,76%) из числа опиоидных наркоманов был диагностирован туберкулез легких различных форм.

Касаясь же «новых», дизайнерских наркоманов, следует отметить, что, несмотря на ингаляционный путь введения, у потребителей СПАЙС-ов не было зафиксировано сколь-либо серьезных изменений со стороны дыхательной системы. При потреблении т.н. «солей» пневмонии были зафиксированы у нескольких пациентов. По-видимому это связано как с инъекционным путем их введения, так и с тем, что часть «старых» наркоманов со своим преморбидным фоном перешла на потребление синтетических катинонов.

Интересным аспектом является нередкое проявление дыхательных расстройств у наркологических пациентов при использовании в лечении больших доз седативных препаратов и нейролептиков. Так, из общих наркологических отделений было переведено в ОАРИТ 163 пациента (6,76% от общего количества прошедших через ОАРИТ), у которых была клинически и рентгенологически зафиксирована пневмония, вероятнее всего аспирационного характера. В пользу

последнего утверждения говорит факт практически 100% двустороннего процесса в легких.

Всем больным с пневмонией потребовалась респираторная поддержка в различных аппаратных режимах. Кроме того, назначались массивная антибактериальная терапия с использованием «мощных» антибиотиков.

Более оптимальный эффект антибактериальной терапии был зафиксирован при лимфотропном, ретростернальном ее применении. Кроме того, широко применялось наложение микротрахеостомы, с проведением через нее сеансов ВЧ – ИВЛ, кислородотерапии, введении антибиотиков, антисептиков и дезагрегантов. У пролеченных больных не допущено летальных исходов, однако интенсивная терапия пневмоний у наркологических пациентов потребовала всемерного напряжения.

Таким образом, патологические изменения дыхательной системы у наркологических пациентов представляет собой серьезную проблему которая может усложнить проведение терапии основного заболевания и даже повлиять на прогноз *ad vitam*.

# ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

**С.М. Шахова<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> *ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

<sup>2</sup> *ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, кафедра психиатрии и наркологии лечебного факультета*

МОСКВА (РОССИЯ)

---

## MENTAL DISORDERS DUE TO USE OF SYNTHETIC CANNABINOIDS

**S.M. Shakhova<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> *FSBI Federal Medical Research Center of Psychiatry and Addiction V.P. Serbsky, Ministry of Health of the Russian Federation*

<sup>2</sup> *The State Education Institution of Higher Professional Training The First Sechenov Moscow State Medical University Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Psychiatry and Substance Abuse Therapy*

MOSCOW (RUSSIA)

---

Последние несколько лет в Российской Федерации наблюдается тенденция к увеличению числа лиц, потребляющих новые психоактивные вещества, в том числе синтетические каннабиноиды («Спайс»). Высокая латентность наркологической заболеваемости, обусловленной потреблением новых ПАВ, подтверждается ростом числа госпитализаций пациентов с интоксикационными психозами вследствие по-

ребления новых ПАВ. За 2 года наблюдения, начиная с 2014 г., 80 пациентов прошли лечение по поводу потребления синтетических каннабиноидов, из них только у 31 диагностирована зависимость от синтетических каннабиноидов («Спайс») (F12.2). В остальных случаях устанавливался диагноз зависимости от нескольких ПАВ (F19.2).

Чаще всего наряду с курением «Спайс» наблюдалось потребление алкоголя, опиатов либо психостимуляторов. В обследованной выборке пациентов психотические расстройства на фоне острой интоксикации перенесли более половины пациентов. Развитие психозов коррелировало с наличием в анамнезе ранней постнатальной патологии, черепно-мозговых травм либо с передозировкой наркотика. Психозы протекали по типу онейродного помрачения сознания с кататоническими расстройствами в виде ступора. Длительность психоза была различна: от 4 часов до 5–7 суток.

У всех пациентов вне зависимости от длительности употребления синтетических каннабиноидов наблюдались стойкие изменения личности. На основании данных катамнестического наблюдения в течение 1 года было выявлено 2 основных пути формирования изменений личности, возникших даже после непродолжительного употребления «Спайс»: 1) по органическому типу; 2) по эндогенному типу.

Среди пациентов, зависимых от нескольких ПАВ, включая синтетические каннабиноиды, достоверно чаще встречалось стремительное нарастание органического дефекта личности. У лиц с зависимостью только от синтетических каннабиноидов чаще наблюдались эндогенные расстройства, вплоть до острых полиморфных психотических состояний с симптомами шизофрении.

Проведенный клинико-динамический анализ позволяет предположить, что развитие психотического состояния является одним из непосредственных фармакологических свойств синтетических каннабиноидов, однако остается открытым клинический вопрос о дозировке, концентрации синтетиче-

ских каннабиноидов в составе курительной смеси, длительности наркотизации, приводящей к возникновению психотического состояния, необходимости наличия индивидуальной предрасположенности.

В то же время затруднительно объяснить, чем связаны столь кардинально различные проявления воздействия синтетических каннабиноидов на личность. Зависит ли характер формирующего дефекта личности от длительности употребления «Спайс», химической структуры наркотика, дозировки вещества, его концентрации в составе курительной смеси, явилось ли употребление синтетических каннабиноидов провокацией обострения уже имеющихся преморбидных личностных особенностей либо курение «Спайс» экзогенно стимулировало манифестацию ранее маскированных эндогенных расстройств, покажут лишь длительные клинические исследования.

# УРОВЕНЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РИСКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ И ПОДРОСТКОВ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

**А.Н. Яковлев<sup>1</sup>, М.И. Коростин<sup>1</sup>,  
В.И. Витчинкина<sup>1</sup>, А.О. Кибитов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *ГУЗ «Липецкий областной наркологический диспансер»*

<sup>2</sup> *ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский  
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»  
Минздрава России*

ЛИПЕЦК, МОСКВА (РОССИЯ)

---

## THE LEVEL OF GENETIC RISK OF SUBSTANCE ABUSE DISORDERS AMONG HEALTHY ADOLESCENTS AND ADOLESCENTS WITH ADDICTIVE BEHAVIOUR

**A.N. Jakovlev<sup>1</sup>, M.I. Korostin<sup>1</sup>,  
V.I. Vitichinkina<sup>1</sup>, A.O. Kibitov<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *State Health Care Institution «Lipetsk Regional Narcological Dispensary»*

<sup>2</sup> *V. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology*

LIPETSK, MOSCOW (RUSSIA)

---

Склонность к формированию химической зависимости является полигенным состоянием, основную роль в котором играют гены дофаминэргической системы. В настоящее время выделены основные гены-кандидаты и ранжирован их вклад в вероятность формирования химической зависимости, что позволяет рассчитывать индивидуальный риск развития наркологических заболеваний для конкретного индивида и

облегчает практическое использование генотипирования в профилактике наркологических заболеваний.

Однако гены-кандидаты для расчета генетического риска были выделены на основании изучения больных зависимостью, распространенность маркеров риска среди здорового населения мало изучена. Целью настоящей работы стало изучение прогностической значимости уровня генетического риска наркологических заболеваний при сравнении здоровых лиц и лиц с аддиктивными расстройствами.

В исследовании приняли участие 50 подростков, обратившихся в Липецкий областной наркологический диспансер.

У 26 чел. (52,0%, средний возраст  $15,7 \pm 1,4$  года) установлены аддиктивные расстройства: 14 чел (28%) – злоупотребление алкоголем (F10.1 МКБ-10), 6 чел (12,0%) – злоупотребление каннабимиметиками (F12.1 МКБ-10), 3 чел. (6%) – злоупотребление летучими растворителями (F18.1 МКБ-10), 1 чел. – злоупотребление галлюциногенами (F16.1 МКБ-10), 1 чел. (2%) – синдром зависимости от опиатов (F11.2 МКБ-10), 1 – чел. (2%) – злоупотребление седативными и снотворными веществами (F13.1 МКБ-10).

В контрольную группу вошли остальные 24 чел (44%, средний возраст  $16,4 \pm 0,95$  года), которые не имели аддиктивной патологии.

Для расчета индивидуального уровня генетического риска развития наркологических заболеваний использовалось 5 полиморфных локусов 3-х ключевых генов системы дофамина: дофаминовых рецепторов типов 2 (DRD2) и 4 (DRD4) и фермента тирозингидроксилазы (TH). Маркерами общего риска считали генотипы A1/A2 локуса DRD2 Taq I и N1/N2 локуса DRD2 Nco I, генотипы 6.6, 7.9 и 8.10 локуса HUMTH01-VNTR; маркерами специфического риска: аллели A2, A4, A7, A8 локуса DRD4V48, аллели S локуса DRD4V120.

Наличие каждого маркера общего риска оценивается в один балл, каждый маркер специфического риска – в 0,5 бал-

ла. Итоговый уровень генетического риска получали суммированием баллов. Уровни риска распределялись следующим образом: ниже среднего и средний – 0–1 балл, повышенный – 1,5 балла, высокий – 2–2,5 балла, крайне высокий – 3 и более балла.

Для оценки различий в распространенности уровней риска использовался критерий Фишера  $\phi$ .

В исследуемой выборке уровень риска колебался в пределах 0,5–4 балла.

У подростков с аддиктивными расстройствами уровни риска распределялись следующим образом: ниже среднего и средний – 7 чел. (26,9%), повышенный – 3 чел. (11,55%), высокий – 9 чел. (34,65%), очень высокий – 7 чел. (26,9%).

В контрольной группе уровень риска средний и ниже среднего найден у 12 чел. (50,0%), повышенный риск у 3 чел. (12,5%), высокий – у 5 чел. (20,8%), очень высокий – у 4 чел. (16,7%).

Различия в распространенности среднего и ниже среднего уровня риска между подростками с аддиктивными расстройствами и контрольной группой достигли статистически значимого уровня ( $p < 0,05$ ,  $\phi_{эмп} = 1.696$ ). Можно предположить, что средний и ниже среднего уровень генетического риска является одним из факторов, препятствующих развитию аддиктивной патологии.

Результаты исследования подтверждают прогностическую значимость уровня генетического риска наркологических заболеваний у подростков.

# ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ВНУТРЕННЕГО ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**М.А. Ярославская**

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница  
им. Ю.В. Каннабиха ДЗМ»*

МОСКВА (РОССИЯ)

---

## STUDY OF THE PSYCHOLOGICAL STRUCTURE OF THE INNER BODILY EXPERIENCES OF PATIENTS, DEPRESSIVE DISORDERS

**M.A. Yaroslavskaya**

*Psychiatric hospital named after Y.V. Kannabih*

MOSCOW (RUSSIA)

---

**Целью настоящего исследования** явилось изучение переживаний телесного опыта у больных депрессией.

**Характеристики выборки и методы исследования.** В исследовании приняли участие 60 человек. Первую группу составили условно здоровые лица; во вторую группу были включены пациенты, имеющие диагноз «депрессия» (МКБ-10: расстройства настроения (аффективные расстройства) F31 – F34; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F 41 – F43), находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении в отделениях ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ».

В психическом состоянии этих больных отмечалось изменение эмоциональной сферы. Снижение настроения, апа-

тия, тревога, тоска, отчетливое снижение интересов и удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями, упадок энергии, повышенная утомляемость при обычных физических и интеллектуальных нагрузках являлись самыми характерными признаками их жалоб. В первой группе средний возраст составил 55 лет  $\pm$  2,8, во второй – 54,4 года  $\pm$  2,6.

По половому признаку группы имели следующее распределение: 1 группа – 11 мужчин и 19 женщин, 2 группа – 3 мужчин и 27 женщин. Для достижения поставленной цели использовались: «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (Елшанский С.П., Тхостов А.Ш.), Модифицированный восьмицветовой тест Люшера (Собчик Л.Н.), Тест «Рисунок человека» (Маховер К.).

**Результаты и их обсуждение.** Обнаружены значимые различия по исследуемым характеристикам между I и II выборками. Статистическая обработка результатов методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» позволила выявить достоверные различия между испытуемыми из групп здоровых и лиц, имеющих диагноз «депрессия» ( $p < 0,01$ ). Средние значения показателей количества слов при различных инструкциях продемонстрировали, что при сравнении с данными исследования по группе здоровых у больных депрессией наблюдается бедный словарный запас для описания внутренних ощущений по всем 6 выборам. Так, при выборе ощущений, подходящих для описания внутреннего телесного опыта (1 инструкция), пациенты, имеющие диагноз «депрессия», в среднем, выбирают 27 слов, а здоровые лица – 49.

Можно предположить, что в этом случае речь идет о затруднении в вербализации внутреннего опыта как при алекситимическом радикале. Это свидетельствует о том, что данные больные не используют или мало используют ресурс к обращению телесного опыта.

Также отмечается недостаток позитивных ощущений в выборе слов. В среднем пациентами с депрессией выбирает-

ся 2 слова, для сравнения, здоровыми – 14. Таким образом, оценка внутреннего телесного опыта больных депрессией носит чаще «негативный» характер. Так же у лиц, входящих во 2 выборку, отмечаются трудности в определении важных, значимых ощущений, в среднем ими выбирается 12 слов, а группой здоровых – 36.

Все вышеперечисленное, в целом, указывает на недостаточную дифференцированность своего внутреннего телесного опыта больными депрессией.

Эти данные согласуются с результатами методики «Рисунки человека», также указывающими на низкую дифференцированность внутреннего телесного опыта.

Полученные результаты позволяют выделить наиболее характерный для группы депрессивных больных тип рисунков – физически слабое, прозрачное, бесполое очертание человека, с искаженными или вообще с отсутствием некоторых частей тела. Главные источники – органы получения информации, части коммуникационного процесса, такие как глаза – зрение (основной орган контакта с внешним миром); уши – слух; рот – вербальное общение; руки, кисти, пальцы – тактильное общение – блокируются и искажаются. Так, например, испытуемые с диагнозом депрессия в 60% случаев изображают глаза и уши маленького размера, нечеткие 26,7% или вообще отсутствие пальцев 50% – все это выражает стремление как бы отгородиться от мира.

Обращает на себя внимание еще один факт – это изображение тела в целом и его половой идентификации.

В большей степени «схема тела» у больных депрессией сильно искажена. Так, например, непропорционально большая голова по отношению к телу встречается в 50% случаев (что указывает о сосредоточении на интеллекте, контроле над телесными импульсами); отсутствие 33,3% или разная длина рук 10%.

Следует отметить, что пропорционального изображения этой части тела во 2 выборке нет. Также затруднена по-

ловая идентификация: адекватная – 50%, нет – 40%, с противоположным полом – 10% случаев. Т.о. наблюдается неадекватное, искаженное и стертое восприятие своей телесности.

Результаты цветовой диагностики Люшера позволили получить значимые различия между 1 и 2 выборками испытуемых. Помимо отсутствия рабочей группы (цветовые эталоны 2, 3, 4 на первых местах) в большинстве случаев наибольшее внимание привлекает тот факт, что у больных депрессией лидирующие позиции занимают такие цвета, как коричневый, фиолетовый, серый.

Коричневый на первой позиции встречается в 13,3%, на второй – 26,7%, на третьей – 10% случаев, т.о. в сумме составляет 50%, т.е. в половине случаев. Это указывает на переживание беспокойства, тревоги, физический и психологический дискомфорт, болезненное состояние. Т.е. импульсивная жизненная сила красного в коричневом благодаря затемнению тускнеет, сдерживается. Эта жизненность в коричневом, теряя активность, становится пассивной. Поэтому коричневый цвет на первых трех позициях выражает попытку сосредоточения на телесно-чувственных ощущениях.

Фиолетовый цвет на первой позиции встречается в 10%, на второй – 13,3%, на третьей – 26,7% случаев, т.о. в сумме составляет 50 %, т.е. так же, как и коричневый цвет, в половине случаев. Это свидетельствует о потребности во внешней гармонии, чаще всего потому, что отсутствует внутренняя гармония. Серый также часто предпочитаемый цвет 2 выборки. В сумме он встречается в 36,7% случаев. Он как бы разделяет, отгораживает, освобождает от обязательств, укрывает от внешних причин и воздействия. Его присутствие на первых позициях является компенсирующим (за счет невовлеченности). Он указывает на утрированное поведение и отсутствие равновесия между предпочитаемыми цветами, несущими конфликтную нагрузку, и остальными обесцененными потребностями. Так, в сравнении с первой выборкой у здоро-

вых лиц цветные эталоны под номерами 5,6,0 вообще отсутствуют на первых трех позициях.

**Выводы:** полученные данные могут учитываться при построении психореабилитационных программ для пациентов, страдающих депрессией.

**ПРОГРАММА на 15 ноября 2016 г.**  
**ТРЕТЬЕЙ ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ**  
**КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**  
**«ДРОЗДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»**

---

**Тема конференции:**  
**«Сочетанная патология в психиатрии и наркологии:**  
**проблемы диагностики, терапии,**  
**реабилитации, ресоциализации»**

**09.00 –10.00**      **Регистрация участников конференции**  
*Осмотр исторических интерьеров Центрально-*  
*го Дома ученых Российской академии наук*

**10.00.–10.05.**      **Открытие конференции**

**10.05.–11.55.**      **Секция :**  
**«КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ**  
**В ПСИХИАТРИИ, СОВРЕМЕННЫЕ**  
**ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ**  
**И ТЕРАПИИ»**

**Президиум :**

*МОСОЛОВ*      *Председатель Московского регионального отде-*  
*Сергей*      *ления общественной организации «Российское*  
*Николаевич*      *Общество Психиатров»; заведующий отделом*  
*терапии психических заболеваний Московского*  
*НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН*  
*им. В.П. Сербского» Минздрава России; Заслу-*  
*женный деятель науки РФ, д.м.н., профессор*  
*(Москва, Россия).*

- КОСТЮК  
Георгий  
Петрович*      *Главный психиатр города Москвы, главный врач  
ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница  
№3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ», д.м.н., профес-  
сор (Москва, Россия).*
- ПЕТРОВА  
Наталья  
Николаевна*      *Заведующая кафедрой психиатрии и наркологии  
Федерального государственного бюджетного  
образовательного учреждения высшего образо-  
вания «Санкт-Петербургский государственный  
университет», д.м.н., профессор, Почетный ра-  
ботник высшего профессионального образования  
Российской Федерации, Лауреат премии Прави-  
тельства РФ в области образования (Санкт-  
Петербург, Россия).*
- БЕРЕЗКИН  
Александр  
Сергеевич*      *Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и  
психотерапии Факультета повышения квалифи-  
кации медицинских работников Медицинского  
института ФГАОУ ВО «Российский универси-  
тет дружбы народов» (ФПКМР МИ РУДН),  
главный врач ГБУЗ «Психиатрическая больница  
№ 5 ДЗМ», к.м.н. (Москва, Россия).*
- ТЕР-ИСРАЕЛЯН  
Алексей  
Юрьевич*      *Главный врач ГБУЗ «Психиатрическая больница  
№ 13 ДЗМ»; доцент кафедры психиатрии, нар-  
кологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН,  
к.м.н. (Москва, Россия).*
- ЗРАЖЕВСКАЯ  
Инна  
Александровна*      *Руководитель отдела клинической наркологии  
НИИ наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный  
медицинский исследовательский центр психиат-  
рии и наркологии» Минздрава России, д.м.н.,  
профессор кафедры психиатрии, наркологии и  
психотерапии ФПКМР МИ РУДН (Москва, Рос-  
сия).*

## **10.05–10.20. ВОПРОСЫ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

**Аннотация.** В докладе рассматриваются вопросы полиморбидности и современные подходы к терапии с учетом коморбидных расстройств при болезни Альцгеймера, с позиции эффективности и безопасности. Приводятся данные о патогенетических механизмах депрессии и деменции и гипотезы их взаимосвязей.

*ПЕТРОВА  
Наталья  
Николаевна* Зав. кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский гос. университет», д.м.н., профессор, Почетный работник высшего проф. образования РФ, Лауреат премии Правительства РФ в обл. образования (*СПб, Россия*)

## **10.20.–10.45. ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО: ПРОБЛЕМЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ, СОПУТСТВУЮЩИХ РАССТРОЙСТВ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ**

**Аннотация.** В докладе представлены результаты современных исследований особенностей психопатологической структуры и динамики генерализованного тревожного расстройства (ГТР). Особое внимание уделено сопутствующим психическим и соматическим расстройствам, влияющим на тактику лечения и прогноз болезни. Разобраны типичные проблемы, с которыми сталкиваются врачи при диагностике, дифференциальной диагностике и лечении ГТР.

*ВЕЛЬТИЩЕВ  
Дмитрий  
Юрьевич* Заведующий отделом стрессовых расстройств Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, профессор кафедры психиатрии ФУВ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор (*Москва, Россия*)

**10.45.–11.00. «МИКСТОВЫЕ» ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ: ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ**

*Аннотация.* Психопатологический анализ, т.н. «микстовых» эндоген-ноорганических психозов показал их значительное клиническое разнообразие и полиморфизм проявлений. Тем не менее, эти состояния были классифицированы в зависимости от вариантов межнозологических синдромальных взаимодействий: 1) эндогенно-органический психоз; 2) эндогенный психоз с психоорганическим синдромом; 3) органический психоз при резидуальной шизофрении. Эти варианты проанализированы в клинико-динамическом, прогностическом и терапевтич. аспектах.

*ШМИЛОВИЧ Андрей Аркадьевич* Заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, д.м.н., доцент. (Москва, Россия)

**11.00.–11.15. ЛЕКАРСТВЕННАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИПСИХОТИКАМ, ЭКВИПОТЕНЦИАЛЬНОСТЬ И РАВНОЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ? ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

*Аннотация.* Лекарственная резистентность при терапии антипсихотиками отмечается при лечении психических нарушений и коморбидных аддикций. Механизмы развития резистентности к действию антипсихотиков принципиально отличны от феноменологически сходных состояний, связанных с употреблением других психотропных средств. Трансформация нейрохимического гомеостаза из-за продолжительного назначения антипсихотиков не вызывает изменений по типу «агонистической реакции», что наблюдается при использовании «аддиктивных» средств и препаратов, облегчающих нейромедиаторную передачу (первичная стимуляция при дальнейшем росте переносимости). Таким образом, знание фармакодинамики отдельных препаратов может являться залогом их успешного клинического использования.

*КОЗЛОВСКИЙ Владимир Леонидович* Главный научный сотрудник отделения психофармакологии и фармакотерапии больных с резистентными состояниями ФГБУ СПб «Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, д.м.н. (*Санкт-Петербург, Россия*)

**11.15.–11.40. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПРИЕМОМ АНТИПСИХОТИКОВ: ОБЗОР ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

**Аннотация.** Доклад будет посвящен проблеме выбора антипсихотической терапии с позиции эффективности и безопасности, этапа течения заболевания, обеспечения комплаентности и улучшения социального функционирования пациентов с шизофренией. Вероятность летального исхода у больных шизофренией в 2–3 раза выше, чем в общей популяции, в первую очередь, за счет кардиологических и метаболических нарушений. Частично это связано с антипсихотической терапией, так как некоторые антипсихотики приводят к кардиометаболическим побочным эффектам. В последние годы было получено немало клинических данных, позволяющих расположить антипсихотики в зависимости от риска развития отдельных кардиометаболических нарушений, что позволяет выбрать препараты с относительно низким риском этих побочных эффектов. Более того, некоторые антипсихотики, например, арипипразол и zipразидон, могут обладать протективным эффектом в отношении повышения веса, связанного с другими антипсихотиками.

*ПАВЛИЧЕНКО Алексей Викторович* Доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета дополнительного профессионального образования Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова, к.м.н., доцент (*Москва, Россия*)

#### **11.40.–11.50. СЕРОТОНИНЕРГИЧЕСКИЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ: ИСТОРИЯ В СОВРЕМЕННОСТИ**

Аннотация. Описывается история введения в клиническую практику антидепрессантов с серотонинергическим механизмом действия. Анализируется процесс оценки их эффективности при лечении депрессий (в т.ч. в случаях коморбидных расстройств) на различных этапах развития психофармакологии. Описывается значение различных серотонинергических антидепрессантов на современном этапе развития психофармакотерапии депрессий.

*ДАНИЛОВ  
Дмитрий  
Сергеевич*

Заведующий третьим общепсихиатрическим отделением Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы № 3 ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, д.м.н. (Москва, Россия)

#### **11.50.–11.55. ХРОНО-СПЕЦИФИКАТОР КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ТРЕНД**

Аннотация. Изучение хроноинфроструктуры объединяет научные дисциплины в рамках психиатрии, фундаментальную и практическую медицину, позволяет рассматривать патологический процесс как единое целое. В исследовании больных с депрессией было обнаружено влияние хроно-факторов на всех этапах формирования и развития психопатологии. Архитектоника биоритмов является уникальной характеристикой индивида, может стать мишенью персонифицированного фармакологического подхода.

*ГЕРАСИМЧУК  
Мария  
Юрьевна*

Аспирант кафедры психиатрии и наркологии лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова (Москва, Россия)

**12.00.–17.15. Секция:**  
**«СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД  
НА ПРОФИЛАКТИКУ, РЕАБИЛИТАЦИЮ  
И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЮ В НАРКОЛОГИИ»**

Президиум:

*КОЗЛОВ Александр Александрович*      *Заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; главный специалист-психиатр Московской области; д.м.н. (Москва, Россия).*

*КЛИМЕНКО Татьяна Валентиновна*      *Директор НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; профессор кафедры уголовно-процессуального права и криминалистики Российской правовой академии Минюста России, д.м.н., профессор (Москва, Россия).*

*КРУПИЦКИЙ Евгений Михайлович*      *Главный нарколог Ленинградской области; Руководитель отдела наркологии ФГБУ СПб «Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ; Руководитель лаборатории клинической фармакологии аддиктивных состояний института фармакологии им. А.В. Вальдмана 1-го СПбГМУ им. И.П. Павлова; профессор Факультета психиатрии Медицинской Школы Пенсильванского университета (США), д.м.н., профессор (Санкт-Петербург, Россия).*

*СПИРИНА Ирина Дмитриевна*      *Заведующая кафедрой психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины», д.м.н., профессор, Заслуженный врач Украины (Днепр, Украина).*

*МЕЛИК-ПАШАЯН*  
Армен  
Эдуардович

*Заведующий кафедрой психиатрии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци, д.м.н., профессор (Ереван, Республика Армения).*

*АБДУЛЛАЕВА*  
Василя  
Каримбековна

*Заведующая кафедрой психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института, к.м.н., доцент (Ташкент, Узбекистан).*

*БАБУРИН*  
Алексей  
Николаевич

*Председатель Совета Межрегионального общественного движения в поддержку семейных клубов трезвости, член Исполкома Всероссийского общества православных врачей имени священноисповедника архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого), член церковно-общественного совета по биомедицинской этике; старший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (группы особых форм психической патологии) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ) (Москва, Россия).*

*ЗРАЖЕВСКАЯ*  
Инна  
Александровна

*Руководитель отдела клинической наркологии НИИ наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН (Москва, Россия).*

**12.00.–13.45. НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СЕМИНАР: «КОМПЛЕКСНЫЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС В НАРКОЛОГИИ»**

Аннотация. В ходе семинара планируется предоставление информации научно-практического характера об основных компонентах комплексного лечебного-реабилитационного процесса в

отношении лиц с наркологическими расстройствами. Будут рассматриваться вопросы нормативно-правового регулирования и преемственности реабилитационных мероприятий. Слушателей ознакомят с основными блоками реабилитационных программ (медицинским, психологическим (психокоррекционным), психотерапевтическим и социальным) и современными подходами к их реализации. Также вниманию участников будет представлен обзор научно-доказательных моделей психотерапии наркологических больных, обеспечивающих высокую эффективность программ реабилитации. Кроме того, в рамках семинара будут освещены проблемные аспекты социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ (ПАВ). В качестве примеров будут представлены реальные случаи «внезапных» срывов у реабилитантов, с подробным описанием последовательных этапов типичного «сценария», наиболее характерных изменений, предшествовавших срыву, и «триггерных зон», в момент достижения которых, если не принять специальных профилактических мер, происходит срыв.

**12.00.–13.30. Выступления лекторов-ведущих семинара:**

**12.00.–12.15. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Аннотация. Формирование состояния ремиссии наркологического заболевания, успешная социальная адаптация в условиях полного отказа от употребления психоактивного вещества (ПАВ) является основной задачей терапевтических мероприятий. Эффективность предпринимаемых медицинских вмешательств зависит не только от качества оказанной медицинской помощи, но и от объема (полноты) предоставленных услуг в рамках лечебно-реабилитационного процесса (ЛРП), включающего наряду с медикаментозным и психотерапевтическим лечением мероприятия по медицинской и социальной реабилитации (МР и СР). Однако большинство пациентов после проведенного им лечения в меди-

цинских организациях не включаются в программы МР и/или СР, а участники программ СР (реабилитанты) не получают необходимую им медицинскую помощь по диагностике и лечению имеющихся психических, наркологических и соматических заболеваний. Лечение, МР и СР ориентированы на достижение единой цели и решение многих общих задач, но организационно разделены и координируются разными ведомствами и структурами.

*КЛИМЕНКО  
Татьяна  
Валентиновна*

Директор НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; профессор кафедры уголовно-процессуального права и криминалистики Российской правовой академии Минюста России, д.м.н., профессор. (Москва, Россия)

## **12.15. –12.30. РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА У РЕАБИЛИТАНТОВ И СОТРУДНИКОВ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ ДЛЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

**А н н о т а ц и я .** В докладе рассматриваются случаи формирования зависимостей на фоне расстройств настроения. Особое внимание уделено гипоманиакальным состояниям, которые могут возникать в ходе реабилитационного процесса. В результате бесед с консультантами, волонтерами, психологами и врачами РЦ обнаружено, что многие из них осведомлены о том, что возврат к употреблению ПАВ может произойти на фоне депрессии. Однако подавляющее большинство вышеуказанных лиц не знает об опасности, которую представляют гипоманиакальные и маниакальные состояния в плане рецидива заболевания наркологического профиля, в связи с чем психообразовательная и профилактическая работа в отношении данных состояний с реабилитантами не проводится. Родственникам больных также не объясняется необходимость отслеживания подобных изменений в состоянии зависимых от ПАВ и принятия срочных мер по предотвращению срыва и рецидива в случае возникновения гипомании или мании. Авторы считают, что необхо-

димо проводить обучение всех сотрудников реабилитационных центров умению своевременно выявлять симптомы гипомании любой этиологии с целью предотвращения срыва.

**ЗРАЖЕВСКАЯ** Инна Александровна

*Соавторы:*

<sup>1</sup> **ТОПКА**

*Эльвира*

*Олеговна*

<sup>2</sup> **БЕРЕЗКИН**

*Александр*

*Сергеевич*

<sup>3</sup> **ТЕР-**

**ИСРАЕЛЯН**

*Алексей*

*Юрьевич*

Руководитель отдела клинической наркологии НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (ФПКМР МИ РУДН). (Москва, Россия)

<sup>1</sup> Ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН (Москва, Россия)

<sup>2</sup> Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая больница № 5 ДЗМ», к.м.н. (Москва, Россия)

<sup>3</sup> Главный врач ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 ДЗМ»; доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, к.м.н. (Москва, Россия)

## **12.30. –12.45. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ**

**Аннотация.** В докладе рассматривается актуальное состояние лечебно-реабилитационных мероприятий в Украине. Дается обзор по внедренным в стране программам реабилитации. Отдельное внимание уделено реабилитации детей и подростков с химическими зависимостями. Рассматриваются перспективы оценки реабилитационного потенциала и построения универсальных программ.

*СПИРИНА  
Ирина  
Дмитриевна*

Заведующая кафедрой психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины», д.м.н., профессор, Заслуженный врач Украины. (*Днепр, Украина*)

**12.45.–13.00. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ НА ОСНОВЕ НАУЧНО-ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

**Аннотация.** В представленном докладе особое внимание уделяется перспективам развития наркологической помощи за счет организации программ реабилитации на основе научно-доказательных моделей с учетом биопсихосоциального подхода. Рассматриваются различные аспекты организации наркологической службы в Республике Армения. Освещаются этапы оказания помощи (стационарный и амбулаторный), а также вопросы учета и кадрового обеспечения НС.

*МЕЛИК-  
ПАШАЯН  
Армен  
Эдуардович*

Заведующий кафедрой психиатрии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци, д.м.н., профессор. (*Ереван, Республика Армения*)

**13.00.–13.15. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТОВ В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ**

**Аннотация.** При наркотической зависимости наряду с патологией внутренних органов происходят резкие изменения обмена веществ. Глубокие сдвиги в медиаторном обмене, вовлечение микросомального окисления в биотрансформацию опиатов, периодическая гипоксия при зависимости от опиоидов позволяют предположить важную роль свободнорадикальных процессов в патогенезе данного заболевания, что указывает на необходимость применения антиоксидантной терапии как патогенетически значимого звена лечебно-реабилитационной программы у пациентов с зависимостью от опиоидов.

*АБДУЛЛАЕВА  
Василя  
Каримбековна*      Заведующая кафедрой психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института, к.м.н., доцент. (*Ташкент, Узбекистан*)

### **13.15.–13.22.      ДУХОВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В НАРКОЛОГИИ**

**Аннотация.** Духовная культура, как одна из основных составляющих человека, в большей степени, чем биологическая его природа, характеризует степень выраженности личностного полюса, развитие индивидуальных характерологических радикалов. Создана концепция психотерапии эстетическими категориями (ПЭК), которая основывается на изменении мировоззрения, стереотипов эмоционального реагирования и поведения наркологических пациентов в результате использования в комплексных лечебно-реабилитационных психотерапевтических программах эстетических категорий. Решение проблем социальной адаптации и стабилизации ремиссий в результате ПЭК является логическим продолжением методологии психотерапии. Метод основан на организации и реорганизации мышления, развитии социального и эмоционального интеллекта. ПЭК используется в интеграционном взаимодействии с современными традициями диагностики, лечения и реабилитации наркологических больных (аддиктивных расстройств).

*ДУДКО  
Тарас  
Николаевич*      Заведующий отделом реабилитации «НИИ наркологии – филиала ФМНЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава РФ; профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, д.м.н. (*Москва, Россия*)

### **13.23.–13.30.      ДВОЙНОЙ ДИАГНОЗ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**А н н о т а ц и я .** В докладе будут освещены сложности, с которыми сталкиваются практические врачи при ведении пациентов с сочетанной патологией психиатрического и наркологического профилей. В качестве примера возможных решений целого ряда проблем, связанных с диагностикой и терапией коморбидных психиатрических и наркологических расстройств, описывается опыт работы клинических отделений Тбилисского Центра психического здоровья и превенции наркологии (как острых, так и реабилитационных), куда часто госпитализируются больные с «двойным диагнозом». Установление определенной связи между наркоманией, алкоголизмом и психическим заболеванием имеет большое значение, как для разработки стратегии лечения, так и для реабилитации и ресоциализации данного контингента пациентов. В ходе сообщения предполагается демонстрация примеров планов индивидуального обслуживания больных, разработанных в Центре. Также будет представлен опыт работы психотерапевтической службы, группы поддержки и группы психосоциальной реабилитации. Будут рассмотрены вопросы преемственности со специализированными центрами реабилитации для пациентов наркологического профиля.

*ТКЕШЕЛА-  
ШВИЛИ  
Нато  
Романовна*

Врач клинического отделения Центра психического здоровья и превенции наркологии (*Грузия, Тбилиси*)

### **13.30.–13.45.      Дискуссия. Фиксированные выступления:**

#### **1. СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ КАК ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ, И ИХ СОЗАВИСИМЫХ РОДСТВЕННИКОВ**

**А н н о т а ц и я .** Для российских специалистов и представителей Русской Православной Церкви показалось чрезвычайно важным, что семейные клубы трезвости представляли собой сообщество семей, которое решало проблемы, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, благодаря использова-

нию семейного подхода, а также приобретало навыки трезвого образа жизни, опираясь на духовно-нравственное совершенствование. В 1990 г. после публикации в журнале «Вопросы наркологии» статьи Б. Гачича с соавт. широкий круг профессионалов познакомился с методикой В. Худолина. В 1994 г. вышла статья А.Н. Бабурина совместно с авторским коллективом, в которой российские специалисты поделились опытом организации семейных клубов трезвости в Москве и Подмосковье.

*Протоиерей  
БАБУРИН  
Алексей  
Николаевич*

Председатель Совета Межрегионального общественного Движения в поддержку семейных клубов трезвости, член Исполкома Всероссийского общества православных врачей имени священно-исповедника архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого), член церковно-общественного совета по биомедицинской этике; старший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (группы особых форм психической патологии) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ) (Москва, Россия)

*Соавторы:*

<sup>1</sup> *СОБОРНИКОВА  
Екатерина  
Анатольевна*

<sup>2</sup> *МАГАЙ  
Андрей  
Игоревич*

<sup>3</sup> *КАЗЬМИНА  
Елизавета  
Андреевна*

<sup>1</sup> доцент кафедры наркологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России (РМАПО Минздрава России), к.м.н. (Москва, Россия)

<sup>2</sup> младший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (группа особых форм психической патологии) ФГБНУ НЦПЗ. (Москва, Россия)

<sup>3</sup> клинический психолог отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (группа особых форм психической патологии) ФГБНУ НЦПЗ. (Москва, Россия)

## **2. ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКО- И АЛКОЗАВИСИМЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЦ «ЗЕБРА»**

Аннотация. Показана возможность успешной реабилитации пациентов с наркотической и алкогольной зависимостью, имеющих психопатологическую симптоматику. Использовались авторские методики синтеза программы «12 шагов» и классической психотерапии в сочетании с лекарственной терапией. В зависимости от второго диагноза необходимо применение более длительных курсов с увеличенным количеством индивидуальных консультаций, повторных курсов, усиленной семейной терапии, ресоциализационных мероприятий. Основными целями реабилитации являются: восстановление горизонтальной коммуникации, самосознание и принятие своей «инаковости», выработка способа трезвого образа жизни с учетом симптоматики и установление ценности альянса с врачом-психиатром. Ключевым для успеха является плодотворный альянс РЦ с психиатрами, осуществляющими фармакотерапию.

*САВИНА* Директор и ведущий психолог Реабилитационного  
*Екатерина* Центра «Зебра» Реабилитационного Благотворительного  
*Алексеевна* Фонда «Зебра и К» (Москва, Россия)

## **3. ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ (программа комплексной немедицинской реабилитации и социальной адаптации лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию и страдающих наркотической и алкогольной зависимостью)**

Аннотация. Программа основана на применении интегративной модели реабилитации (ИМР), главной целью которой является не достижение длительной ремиссии, а трансформация человека и интеграция его нового опыта в жизнь. Резидент, прошедший программу, получает возможность самостоятельного изучения, развития, саморегуляции и управления своей жизнью. Также программа включает в себя группу взаимопомощи, где родственники и родители и все, кто находится в ближайшем окружении резидента, получают высококвалифицированную помощь специалистов разного профиля.

*БОЛДЫРЕВ Олег Юрьевич* Руководитель сети центров профессиональной реабилитации наркозависимых «Решение», психиатр, кандидат медицинских наук, психиатр-нарколог, психотерапевт, к.м.н. (*Ростов-на-Дону, Россия*)

**13.45.–14.15. Перерыв**

**14.15.–15.15. Проблемная лекция**

**14.15.–15.00. Выступление лектора:**

## **ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОЙ НАРКОЛОГИИ**

**А н н о т а ц и я .** В лекции подробно представлены принципы и методы проведения научных исследований в наркологии в парадигме доказательной медицины. Раскрываются негативные последствия недостаточной представленности доказательного подхода в российской наркологии. Поднимаются проблемы изоляционизма отечественной наркологии от мировой наркологической науки и практики, рассматриваются возможные варианты развития российской наркологии. На рассмотрение слушателей выдвигаются актуальные задачи российской наркологии с позиций доказательной медицины, предлагаются новые подходы к созданию научно обоснованных стандартов оказания наркологической помощи; объективизации исследований эффективности методов лечения и медико-социальной реабилитации; оценке материалов для научных публикаций и докладов в рамках научных конференций.

*КРУПИЦКИЙ Евгений Михайлович* Главный нарколог Ленинградской области; Руководитель отдела наркологии ФГБУ СПб «Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ; Руководитель лаборатории клинической фармакологии аддиктивных состояний института фармакологии им. А.В. Вальдмана 1-го СПбГМУ им. И.П. Павлова; профессор Факультета психиатрии Медицинской Школы Пенсильванского университета (США), д.м.н., профессор. (*Санкт-Петербург, Россия*)

**15.00.–15.15. Дискуссия. Фиксированные выступления:**

## **1. СОЗДАНИЕ ПЕРВОГО МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И МОЛОДЕЖИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПАВ**

*А н н о т а ц и я .* Предложения по организации первого межрегионального социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних и молодежи, употребляющих ПАВ. Структура работы и финансирования Центра. Краткое описание программы и подходов к реабилитации. Условия размещения и направления в Центр.

*КОРЕНЯК Дмитрий Владимирович*      Директор Государственного бюджетного учреждения г. Москвы, социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Возрождение» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (*Москва, Россия*)

## **2. ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С НАРКОЗАВИСИМЫМИ ПО ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ «СТРАНА ЖИВЫХ»**

*А н н о т а ц и я .* Реализация и развитие программы реабилитации и социальной адаптации «СТРАНА ЖИВЫХ», основанная на 18-летнем опыте работы реабилитационных центров системы «СТРАНА ЖИВЫХ». Роль личности в реабилитационном процессе. Процесс реабилитации в современных условиях. Терапевтическое сообщество как основа реабилитационного процесса.

*КРУГЛОВА Елена Алексеевна*      Президент негосударственной некоммерческой организации – Благотворительный Фонд «Страна живых» (Московская область, Подольск, Россия)

## **3. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРАКТИКИ НАРКОЗАВИСИМЫХ**

*А н н о т а ц и я .* Проблема качества реабилитации является актуальной в связи с сохраняющейся напряженной наркологической

ситуацией в РФ и многообразием реабилитационных практик. Наряду с зарекомендовавшими себя принципами организации психосоциальной реабилитации (долгосрочность, наличие терапевтического сообщества и ресоциализации, эклектичность как основная черта программы и др.) предлагаются к обсуждению дополнительные параметры реабилитационного процесса (сотрудничество с медицинскими учреждениями, индивидуальный подход, постреабилитационное сопровождение или другие варианты содействия профессиональной реадaptации, наличие ресурсов для осуществления индивидуального подхода и т.д.), которые могут повысить эффективность реабилитационной практики.

*СУСТРЕТОВА* Психолог Воронежского отделения Благотворительного фонда по формированию здорового образа жизни «Центр здоровой молодежи» (Воронеж, Россия)  
*Наталья*  
*Викторовна*

**15.15.–16.15. Научно-образовательный симпозиум:  
«ИНГАЛЯЦИОННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ  
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ  
В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ – ГЛОБАЛЬНАЯ  
ПРОБЛЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

**А н н о т а ц и я .** Актуальность симпозиума обусловлена резким повышением уровня потребления новейших синтетических наркотических веществ, преимущественно ингаляционным путем, особенно в молодежной среде. В начале симпозиума будет дан краткий исторический экскурс в проблематику ингаляционного приема наркотических веществ – от старинного кальяна до электронных сигарет – традиционные и «инновационные» формы ингаляционного употребления ПАВ. Затем слушателям расскажут о предикторах развития зависимости от ингаляционных наркотических веществ, об особенностях преморбида, личности и социо-психологических дефектах потребителей синтетических «дизайнерских» препаратов; о ведущих сомато-неврологических проявлениях хронической интоксикации; о возможностях использования новейших методик МРТ, ПЭТ, молекулярно-генетических исследований в изучении данной проблемы. Участники узнают, каким образом происходит формирование никотиновой зависимости при потреблении электронных си-

гарет. Собранными представлят информацию о новом виде ингаляционных ПАВ – синтетических каннабиноидах («спайсы») и психических расстройствах вследствие их употребления.

### **15.15.–16.00. Выступления спикеров:**

### **15.15.–15.30. ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНГАЛЯЦИОННЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ**

**Аннотация.** В последнее время наблюдается тенденция к расширению спектра психоактивных веществ, используемых ингаляционным путем. Исследование предикторов формирования зависимости от новых наркотических средств в области позволит лучше решить задачи по выявлению рисков формирования наркозависимого поведения учащихся образовательных организаций, создать условия для совершенствования учебно-воспитательной работы. В докладе рассмотрен опыт проведения одномоментного исследования 7987 учащихся Республики Башкортостан, в возрасте от 13 до 18 лет.

*АСАДУЛЛИН Азат Раилевич* – Доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский Государственный медицинский университет» (БГМУ); заведующий отделением Республиканского наркологического диспансера № 1 МЗ Республики Башкортостан; к.м.н., доцент. (Уфа, Республика Башкортостан, Россия)

*Соавторы:*

*АХМЕТОВА Эльвина* – Ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО БГМУ. (Уфа, Республика Башкортостан, Россия)

*Аслямовна* – Руководитель отдела клинической наркологии НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». (Москва, Россия)

*ЗРАЖЕВСКАЯ Инна Александровна* – Руководитель отдела клинической наркологии НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». (Москва, Россия)

**15.30.–15.45. КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА  
ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ «НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ»  
У ПОДРОСТКОВ «АНТИСПАЙС»**

Аннотация. Разработанная и внедренная нами комплексная программа профилактики зависимости от «новых психоактивных веществ» (ЗНПВ) – это комплекс медико-психологических, социальных и образовательных мероприятий, предупреждающих развитие стойких форм патологии у подростков – учащихся ООУ, в том числе характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением новых психоактивных веществ (НПВ) с начинающимися негативными последствиями психического и физического здоровья, но не обнаруживающими признаков стойко сформированной зависимости. Ее цель – максимально ограничить степень вреда, наносимого подростку – учащемуся ООУ, предотвратить формирование зависимости.

*ИГУМНОВ  
Сергей  
Александрович*      Заведующий отделением клинической психофармакологии НИИ наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, д.м.н., профессор. (*Москва, Россия*)

*Соавторы:*

*<sup>1</sup>БУРЦЕВ  
Александр  
Александрович*      <sup>1</sup> Научный сотрудник отделения организации наркологической помощи и правовых основ наркологии Отдела профилактики НИИ наркологии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, к.м.н. (*Москва, Россия*)

*<sup>2</sup>ЛАПАНОВ  
Павел  
Сергеевич*      <sup>2</sup> Заочный аспирант Учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», подростковый нарколог Речицкого района Гомельской области, психиатр-нарколог высшей категории. (*Гомель, Беларусь*)

## **15.45.–16.00. ПОТРЕБЛЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ И ФОРМИРОВАНИЕ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

*Аннотация.* В наше время электронная сигарета становится едва ли не панацеей среди заядлых курильщиков, которые твердо решили расстаться с вредной привычкой. Согласно заверениям производителей и реализаторов, она не несет вреда организму, но так ли это?

*СПЕРАНСКАЯ Ольга Ивановна* Ведущий научный сотрудник отдела экспертиз алкоголизма и наркомании ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, д.м.н. (Москва, Россия)

## **16.00.–16.15. Дискуссия. Фиксированные выступления:**

### **1. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ**

*Аннотация.* Синтетические каннабиноиды («Спайс») являются одними из наиболее распространенных новых психоактивных веществ так называемых «дизайнерских» наркотиков. Данная группа веществ распространяется в составе курительных смесей и позиционируется как безопасная, однако их употребление может привести к серьезным последствиям, включая психические расстройства, как в состоянии интоксикации, так и в отдаленных последствиях.

*ШАХОВА Светлана Михайловна* Младший научный сотрудник отделения клинической психофармакологии НИИ наркологии – филиала ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского Минздрава России. (Москва, Россия)

### **2. АЛЕКСИТИМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ**

**Аннотация.** В последние годы общество сталкивается с возрастающей зависимостью от высокотехнологичных изобретений, электронных гаджетов. По некоторым оценкам экспертов, данный вид зависимости в развитых странах выйдет на первое место, опередив употребляющих психоактивные вещества. Факторы социально-экономической среды, культуральные особенности зачастую приводят к развитию определенных паттернов поведения у молодых людей. В связи с этим особую значимость приобретают исследования, посвященные изучению личностных психологических характеристик, в частности феномена алекситимии. В настоящее время в отечественной литературе имеется дефицит исследований с точки зрения влияния алекситимии на формирование зависимых паттернов поведения.

*НИКОЛКИНА* Заведующая отделением Медицинской клиники  
*Юлия* психического здоровья Rehab family, к.м.н. (Мо-  
*Аркадьевна* сква, Россия)

**17.00.–17.15. Подведение итогов.  
Закрытие конференции.**

**Место проведения заседания:**



Центральный Дом ученых Российской академии наук – истинно научный и культурный центр Москвы и России. Здесь удалось сохранить неповторимый дух ста-

рой интеллигентной Москвы, дух знаний и творчества. До начала Конференции, а также в перерывах между заседаниями Участники конференции смогут ознакомиться с историческими интерьерами ЦДУ РАН, который признан Организацией Объединенных Наций одним из лучших памятников столицы по его сохранению.



**Адрес:** Москва, Пречистенка д.16.

**Проезд:** до станции метро «Кропоткинская», из центра – выход из первого вагона, далее пешком по улице Пречистенка ~ 5–7 минут или троллейбусом № 5 или 15 до остановки «Дом учёных».

**Информация о конференции** размещена на официальном сайте Кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» по ссылке: <http://web-local.rudn.ru/web-local/kaf/rj/index.php?id=213&p=4641>

**PROGRAM on the 15th of November, 2016.**  
THE THIRD ANNUAL SCIENTIFIC-PRACTICAL  
CONFERENCE WITH INTERNATIONAL  
PARTICIPATION «DROZDOVSKI READINGS»

---

**The conference topic:**  
**«Comorbid pathology in psychiatry and narcology:  
Problems of diagnostics, therapy,  
rehabilitation, resocialization»**

**09.00 –10.00**      **Registration of conference participants**  
*Examination of historic interiors of Central House  
of Scientists of the Russian Academy of Sciences*

**10.00.–10.05.**      **Opening the Conference**

**10.05.–11.55.**      **Section :**  
**«COMORBID CONDITIONS IN  
PSYCHIATRY, CURRENT POSSIBILITIES  
OF DIAGNOSIS AND THERAPY»**

**Президиум:**

*Mosolov*                      *Chairman of the Moscow Regional Branch of Public  
Sergey*                      *Organization «Russian Society of Psychiatrists»;*  
*Nikolaevich*                *Head of the Department of treatment of mental ill-  
nesses of Moscow Research Institute of Psychiatry –  
Branch of Federal State Budgetary Institution «V.  
Serbsky Federal Medical Research Centre for Psy-  
chiatry and Narcology» of the Ministry of Health of  
the Russian Federation; Honored Scientist of Rus-  
sian Federation, Doctor of Medical Sciences, Pro-  
fessor(Moscow, Russia).*

- KOSTYUK Georgiy Petrovich* *The Chief Psychiatrist of the city of Moscow, Head doctor of the « V.A. Gylyarovsky Psychiatric clinical hospital №3»; Doctor of Medical Sciences, Professor (Moscow, Russia).*
- PETROVA Nataliia Nikolaevna* *Head of the Department of Psychiatry and Narcology of Saint-Petersburg State University; Honorary worker of higher professional education of the Russian Federation, Laureate of Russian Federation Government prize in the field of education; Doctor of Medical Sciences, Professor (Saint-Petersburg, Russia).*
- BEREZKIN Alexander Sergeevich* *Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia», Head Doctor of Psychiatric hospital № 5 the Department of Health of Moscow, Ph.D. (Moscow, Russia).*
- TER-ISRAELYAN Alexey Yurievich* *Chief Physician of SBIH «Psychiatric Hospital № 13 DMH»; Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of Medical Institute of PFUR, Ph.D. (Moscow, Russia).*
- ZRAZHEVSKAYA Inna Alexandrovna* *Head of the Department of Clinical Narcology of Research Institute of Narcology – a branch of the «V. Serbsky FMRCPN» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Head of Teaching Division, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of Medical institute of Peoples' Friendship University of Russia, Doctor of Medical Sciences (Moscow, Russia).*

## **10.05–10.20. ISSUES OF COMORBIDITY IN ALZHEIMER'S DISEASE**

**Abstract.** The report examines issues of polymorbidity and current approaches to therapy with consideration of comorbid disorders in Alzheimer's disease from the standpoint of efficiency and safety. Data on the pathogenetic mechanisms of depression and dementia and hypotheses of their interrelationships are presented.

*PETROVA* MD, professor, head of Psychiatry and narcology department of Saint-Petersburg State University, Honorary worker of higher professional education of the Russian Federation, Laureate of Russian Federation Government prize in education, (*Saint-Petersburg, Russia*).

## **10.20.–10.45. GENERALIZED ANXIETY DISORDER: ISSUES OF PSYCHOPATHOLOGY, CO-OCCURRING DISORDERS AND PHARMACOTHERAPY.**

**Abstract.** The report presents the results of modern research of the peculiarities of the psychopathological structure and dynamics generalized anxiety disorder (GAD). Special attention is paid to the concomitant mental and somatic disorders, influencing the tactics of treatment and prognosis of the disease. Disassembled the typical problems faced by physicians in the diagnosis, differential diagnosis and treatment of GAD.

*VELTISCHEV* Head of the department of stress disorders Moscow research Institute of psychiatry – a branch of Federal State Budgetary Institution, «Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology» Ministry of Health of Russian Federation, professor of the department of psychiatry Pirogov N.I. Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russian Federation, MD, professor (*Moscow, Russia*).

**10.45.–11.00. «MIXTAPE» ENDOGENOUS-ORGANIC PSYCHOSIS: DIAGNOSIS AND THERAPY**

*Abstract.* Psychopathological analysis so-called «mixtape» endogenous-organic psychosis showed their considerable clinical variety and polymorphism of manifestations. However, this conditions were classified depending on the options internosological, syndromal interactions. 1). Endogenous-organic psychosis. 2). Endogenous psychosis with psycho-organic syndrome. 3). Organic psychosis by residual schizophrenia. This options were analyzed in clinical-dynamic, prognostic and therapeutic aspects.

*SHMILOVICH Andrey Aarkadievich* Doctor of Medicine, docent, Head of the Department of psychiatry and medical psychology Pirogov N.I. Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russian Federation, (*Moscow, Russia*).

**11.00.–11.15. DRUG RESISTANCE TO ANTIPSYCHOTICS EQUIPOTENTIALITY AND EQUAL EFFICIENCY OF DRUGS PHARMACOLOGICAL ASPECTS**

*Abstract.* Prescription drug resistance in therapy with antipsychotics is observed in the treatment of mental disorders and comorbid addictions. The mechanisms of resistance development to the action of antipsychotics fundamentally different from phenomenologically similar conditions, associated with the use of other psychotropic drugs. Transformation of neurochemical homeostasis due to prolonged appointment of antipsychotics, does not cause changes in the type of «agonistic» reaction. What occurs when you use «addictive» drugs and drugs that facilitate neurotransmitters transmission (primary stimulation with a further increase portability). Thus, knowledge of the pharmacodynamics of individual drugs may be the key to their successful clinical use.

*KOZLOVSKY Vladimir Leonidovich* Doctor of Medicine, Senior officer, field of science, the Department of the Psychopharmacology and Pharmatherapy, patients with resistant conditions. S-t.-Petersburg Bechterev Research Psychoneurological Institute, Ministry of Health of Russian Federation, (*S-t. Petersburg, Russia*).

**11.15.–11.40.      CARDIOMETABOLIC  
AND CARDIOVASCULAR DISTURBANCES  
ASSOCIATED WITH ANTIPSYCHOTICS:  
REVIEW OF THE EVIDENCE**

**A b s t r a c t.** Metabolic syndrome affects half of the schizophrenic patient population. Once occurred it's associated with severe long-term consequences in terms of outcome, quality of life and life expectancy. This report brings together recent scientific data on the occurrence of metabolic and cardiovascular symptoms during antipsychotic treatment. The problem of antipsychotic comparison on their potential to induce metabolic disturbances and underlying mechanisms are discussed. The sequelae overview if these symptoms are ignored is given. Finally recent international guidelines on the antipsychotic treatment that account these risks are summarized.

*PAVLICHENKO* MD, Ph.D., Associated Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of Additional Professional Development Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. A.I.Evdokimov (*Moscow, Russia*).

**11.40.–11.50.      SEROTONINERGIC ANTIDEPRESSANTS:  
MODERN VIEW ON THE HISTORY**

**A n n o t a t i o n.** The history of the introduction of antidepressants with a serotonergic mechanism of action into clinical practice is described. The evaluating process of their effectiveness in the treatment of depressions (including the cases of comorbid disorders) at different stages of the psychopharmacology development is analyzed. The value of different serotonergic antidepressants on a modern stage of depressions' psychopharmacotherapy is described.

*DANILOV* Doctor of Medicine Chief of the Third psychiatric department S.S. Korsakov Clinic of Psychiatry, University Clinical Hospital № 3, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russian Federation. (*Moscow, Russia*).

**11.50.–11.55. CHRONO-SPECIFIER  
AS AN INTERDISCIPLINARY TREND**

**Abstract.** The study of chronostructure integrates scientific discipline within psychiatry, fundamental and practical medicine, allows us to consider the pathological process as a whole. In studies of patients with depression have been found the influence of Chrono-factors at all stages of formation and development of psychopathology. Architectonics of biorhythms is a unique feature of the individual, can become the target of personalized pharmacological approach.

*GERASIMCHUK I.M.* Sechenov First Moscow State Medical University, Department of Psychiatry and narcology of the Medical Faculty. (Moscow, Russia)  
*Marya Yurievna*

**12.00.–17.15. Section:  
«THE MODERN VIEW OF PREVENTION,  
REHABILITATION AND RESOCIALIZATION  
IN ADDICTION»**

**Presidium:**

*KOZLOV Alexander Alexandrovich* Deputy General Director of scientific work of «V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology» of Ministry of Health of Russian Federation; Chief Specialist – psychiatrist of Moscow region; Doctor of Medical Sciences, Professor (Moscow, Russia).

*KLIMENKO Tatyana Valentynovna* Director of Research Institute of Narcology – a branch of Federal State Budgetaty Institution, «V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology» Ministry of Health of Russian Federation; Professor of the department of criminal procedure law and criminology of Russian Lawer Academy Ministry of justice of Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, Professor (Moscow, Russia).

- KRUPITSKY Evgeny Mikhailovich* Chief Psychiatrist of the Leningrad region; Head of the Department of Addiction of St.-Petersburg Bekhterev Research Psychoneurological Institute, PhD and Doctor of Medical Science, (St.-Petersburg, Russia); Head of laboratory of clinical pharmacology of addictions of Institute of Pharmacology n.a. A.V. Valdman of the First I.P. Pirogov St-Petersburg Medical University; professor of the Faculty of psychiatry Medical School of the Pensilvanian University (USA), Doctor of Medical Sciences, Professor (St-Petersburg, Russia).
- SPYRINA Iryna Dmitrievna* Honorary doctor of Ukraine. Head of the Department of psychiatry General and medical psychology SE «Dnipropetrovsk medical academy» Ministry of Health of Ukraine; Doctor of Medical Sciences, Professor (Dnipro, Ukraine).
- MELIK-PASHAYAN Armen Eduardovich* Head of the Department of Psychiatry of Geraci M. Erevan State Medical Universit; Doctor of Medical Sciences, Professor (Erevan, Republic of Armenia).
- ABDULLAEVA Vasila Karimbekovna* Head of Department of Psychiatry, Addiction, child psychiatry, medical psychology and psychotherapy in Tashkent Pediatric Medical Institute; Ph.D, Do-cent (Tashkent, Uzbekistan.).
- BABURIN Alexey Nikolaevich* Chairman of the Board of the Interregional public Movement in support of family club of sobriety, member of the Executive Committee of the national Society of Orthodox doctors of a name of a sacred confessor of Archbishop Luke (Voyno-Yasenetsky), a member of the Church community council on bio-medical ethics; senior researcher of the Department for the study of endogenous mental disorders and affective conditions (groups of special forms of mental pathology) Federal State Budgetary Scientific Institution «Science Center of Mental Health», FSBSI «SCMH». (Moscow, Russia).

*ZRASHEVSKAYA Inna Alexandrovna* Head of the Department of Clinical Narcology of Research Institute of Narcology – a branch of the «V. Serbsky FMRCPN» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Head of Teaching Division, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of Medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia, Doctor of Medical Sciences (Moscow, Russia).

**12.00.–13.45.      SCIENTIFIC-EDUCATIONAL SEMINAR:  
«A COMPREHENSIVE TREATMENT  
AND REHABILITATION PROCESS  
IN NARCOLOGY»**

**Abstract.** During the seminar it is planned to provide information of scientific and practical character about the main components of integrated therapeutic and rehabilitation process in persons with substance abuse disorders. It will address the issues of legal regulation and continuity of rehabilitation measures. Students will be introduced to the major elements of the rehabilitation program (medical, psychological (psycho), psychological and social) and modern approaches to their implementation. Additionally, participants will review evidence-based models of psychotherapy drug patients, providing high efficiency of rehabilitation programs. In addition, the seminar will highlight the problematic aspects of social rehabilitation dependent on psychoactive substances (Psychoactive substances). As examples will show actual cases of «sudden» failures at rehabilitation, with detailed description of successive stages of a typical «scenario», the most characteristic changes preceding the breakdown, and «trigger zones» in the moment of achievement which, if not to take special preventive measures, there is a failure..

**12.00.–13.30.      The performances of the lecturers leading  
the workshop:**

**12.00.–12.15. SOCIAL REHABILITATION AS A REQUIRED COMPONENT OF COMPLEX TREATMENT AND REHABILITATION PROCESS IN RESPECT OF PERSONS WITH SUBSTANCE ABUSE DISORDERS**

**Abstract.** The formation condition of remission of substance abuse disorders, successful social adaptation in the complete rejection of the use of psychoactive substances (Psychoactive substances) is the main objective of therapeutic interventions. Efficiency of the undertaken medical interventions depends not only on the quality of medical care provided, but also on the volume (fullness) of services provided within the rehabilitation process (RP), which along with medical and psychotherapeutic treatment activities of medical and social rehabilitation (MR & SR). However, most patients after his treatment in medical institutions not included in the program the MR and/or SR and SR participants (people) do not receive necessary medical care for the diagnosis and treatment of existing mental, neurological and somatic diseases. Treatment, MR and SR focused on achieving common goals and resolving many common problems, but organizationally divided and coordinate different departments and agencies.

*KLIMENKO  
Tatyana  
Valentinovna*

Director of Research Institute of narcology – a branch of Federal State Budgetaty Institution, «V.P. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology» Ministry of Health of Russian Federation»; Professor of the department criminal procedure law and criminology of Russian Lawer Academy Ministry of justice of Russian Federation, MD, Professor (*Moscow, Russia*).

**12.15. –12.30. DISORDERS OF THE AFFECTIVE SPECTRUM FROM THE REHABILITANTS AND STAFF OF REHABILITATION CENTERS FOR ADDICTED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

**Abstract.** The report examines the case of forming dependencies on the background of mood disorders. Special attention is paid to hypomanic conditions, which may arise during the rehabilitation process. The result of conversations with consultants, volunteers, psychologists and doctors of rehabilitation center discovered that many of them are aware that return to substance abuse can be the result of depressive episodes or depression. However most of these people, don't know about the danger, posed by hypomanic and manic conditions in terms of disease recurrence drug profile in connection with which psycho educational and preventive work in relation to these conditions rehabilitation is not carried out. Relatives of patients also cannot explain the need to monitor such changes in condition of people who have a dependency on psychoactive substances and must take an urgent action in order to prevent failure and relapse in the case of hypomania and mania. The authors think that training must be provided for all employees of the rehabilitation centers is the ability to identify the symptoms of hypomania any etiology to prevent breakdown.

**ZRAZHEVSKAYA** Head of the Department of Clinical Narcology of Research Institute of Narcology – a branch of the  
*Inna Alexandrovna* «V. Serbsky FMRCPN» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Head of Teaching Division,

*Co-authors:*

<sup>1</sup> **TOPKA**

*Elvira*

*Olegovna*

<sup>2</sup> **BEREZKIN**

*Alexander*

*Sergeevich*

<sup>3</sup> **TER-**

**ISRAELYAN**

*Alexey*

*Yurievich*

Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of Medical institute of Peoples' Friendship University of Russia, Doctor of Medical Sciences (*Moscow, Russia*).

<sup>1</sup> Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia» (*Moscow, Russia*).

<sup>2</sup> Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia», Head Doctor of Psychiatric hospital № 5 the Department of Health of Moscow, Ph.D (*Moscow, Russia*).

<sup>3</sup> Head Doctor of Psychiatric hospital № 13 Department of Health of Moscow; docent of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia» (*Moscow, Russia*).

**12.30.–12.45. CURRENT APPROACHES TO THE TREATMENT AND REHABILITATION OF DRUG ADDICTS**

**Abstract.** The report reviews the current state of treatment and rehabilitation for people with chemical dependence in Ukraine. A review on the implementation of rehabilitation programs in the country. Special attention is given to the rehabilitation of children and adolescents with chemical dependence. It is review the prospects assess of rehabilitation potential and universal programs rehabilitation development.

*SPIRINA  
Irina  
Dmitryevna*

Doctor of Science, Professor, Honorary doctor of Ukraine. Head of the Department of psychiatry General and medical psychology SE «Dnipropetrovsk medical academy» Ministry of Health of Ukraine (*Dnipro, Ukraine*).

**12.45.–13.00. PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF REHABILITATION IN NARCOLOGY ON THE BASIS OF EVIDENCE-BASED MODELS OF PSYCHOTHERAPY**

**Abstract.** In the report special attention is paid to prospects of development of the narcological help at the expense of the organization of rehabilitation programs based on evidence-based models within biopsychosocial approach. Thus discusses various aspects of the organization of drug treatment services in the Republic of Armenia. Also, highlights the stages of care (inpatient and outpatient), as well as accounting and staffing of the organization of drug treatment service.

*MELIK-  
PASHAYAN  
Armen  
Eduardovich*

Doctor of Medicine, Head of the Department of Psychiatry of Geraci M. Erevan State Medical University, (*Erevan, Republic of Armenia*).

**13.00.–13.15. THE USE OF ANTIOXIDANTS IN THE TREATMENT AND REHABILITATION PROGRAMS ON OPIOID ADDICTION**

**Abstract.** On drug addiction at the same time with the pathology of the visceral organs occur abrupt changes of metabolism. Profound changes in neurotransmitter metabolism, involvement of microsomal oxidation in the biotransformation of opiates, recurrent hypoxia suggest an important role of free radical processes in the pathogenesis of opioid addiction, which indicates the need for antioxidant therapy as a pathogenetic significance level of treatment and rehabilitation program for opioid addicts.

*ABDULLAEVA  
Vasila  
Karimbekovna*

PhD., Docent. Head of Department of Psychiatry, Addiction, child psychiatry, medical psychology and psychotherapy in Tashkent Pediatric Medical Institute. (*Tashkent, Uzbekistan*)

**13.15.–13.22. THE SPIRITUAL COMPONENT OF TREATMENT AND REHABILITATION PROGRAMS**

**Abstract.** The spiritual culture as one of the main components of a person, to a greater extent than its biological nature, characterizes the severity of the personal roles, the development of individual characterological radicals, created the concept of psychotherapy of aesthetic categories, which is based on the changing of mentality, stereotypes of emotional response and behavior for patients suffering from drug addictions, as a result of using in the complex treatment and rehabilitation therapy programs «aesthetic categories». The solution to the problems of social adaptation and stabilization of remissions in the result of «Psychotherapy of aesthetic categories» is a logical continuation of the

methodology of psychotherapy. The method is based on organization and restructuring thinking in the development of social and emotional intelligence. «Psychotherapy of aesthetic categories» is used in integration processes with the modern tradition of diagnosis, treatment and rehabilitation of drug abuse patients (addictive disorders).

*DUDKO*

*Taras*

*Nikolaevich*

Head of the Department of Rehabilitation «Science Research Center of Psychiatry and Narcology», Ministry of Health of Russian Federation, professor of the Department of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia» (*Moscow, Russia*).

### **13.23.–13.30. DUAL DIAGNOSIS AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION**

**Abstract.** After implementation of reform in the field of psychiatry in Georgia, the Center of mental health and prevention of addiction is functioning in Tbilisi since 2011. The Course of treatment is fulfilled in 2 psychiatric and in one narcological department. Cases of delivering patients with dual diagnoses are very frequent: the patients suffering at the same time from frustration – due to substance and alcohol abuse and comorbid mental disorders. These facts ensure us in the importance of establishing the certain communication between substance misuse, alcoholism and mental disease. This establishment has a great value both for developing a strategy of treatment, and for rehabilitation and resocialization of these patients.

2519 patients were hospitalized in acute psychiatric department for the last two years, among which were 67 patients with the dual diagnosis: (F10.1) – (F10.5), with the diagnosis (F07.0) – 29 patients, (F61) – 10 patients, (F63) – 20 patients, (F06.1) – 10 patients, (F60.3) – 23 patients. In cases of the diagnosis (F10.1) – (F10.5), treatment was fulfilled with participation of the doctor-expert in narcology (detoxification, strengthening therapy), antipsychotic medication. After a reduc-

tion of acute psychopathological symptomatology, psychosocial rehabilitation worker was involved in a process. The assessment of demands was made, scheduling of individual service, performance of plan A-after the informed agreement patients joined the groups of psychosocial rehabilitation: 1) the art therapy, 2) group of support, 3) ergotherapy.

After discharge, in future, if desired, patients continued a rehabilitation course at the Center for mental health and prevention of addiction, as well as at the specialized centers with addiction profile.

*TKESHELASHVILI* Doctor-psychiatrist of Center for mental health and prevention of addiction General department (*Georgia, Tbilisi*).  
*Nato Romanovna*

### **13.30.–13.45. Discussion. Fixed presentations:**

#### **1. FAMILY CLUBS OF SOBRIETY AS AN APPROACH IN REHABILITATION OF INDIVIDUALS, DEPENDENT ON ALCOHOL AND THEIR CO-DEPENDENT RELATIVES**

**Abstract.** For Russian specialists and representatives of the Russian Orthodox Church, consider it extremely important that the family clubs of sobriety is a community of families that tackle problems with the use of alcohol and other psychoactive substances, through the use of family approach and acquire the skills of a sober lifestyle, based on spiritual and moral development. In 1990, after publication of the article of Gachich B. et. al. in the journal «Questions of Narcology »a wide range of professionals were introduced to the procedure of V.Hudolin. In 1994 was published an article of A.N.Baburin together with a group of authors, in which Russian specialists shared their experience of organizing family clubs of sobriety in Moscow region.

*Archpriest* Chairman of the Board of the Interregional public  
*BABURIN* Movement in support of family club of sobriety,  
*Alexey* member of the Executive Committee of the national  
*Nikolaevich* Society of Orthodox doctors of a name of a sacred confessor of Archbishop Luke (Voyno-Yasensky), a member of the Church community

Co-authors:

<sup>1</sup> SOBORNIKOVA

Ekaterina

Anatolyevna

<sup>2</sup> MAGAY

Andrey

Igorevich

<sup>3</sup> KAZMINA

Elizaveta

Andreevna

council on biomedical ethics; senior researcher of the Department for the study of endogenous mental disorders and affective conditions (groups of special forms of mental pathology) Federal State Budgetary Scientific Institution «Science Center of Mental Health» – FSBSI «SCMH» (*Moscow, Russia*).

<sup>1</sup> docent of the Department of Narcology Federal State Budgetary Educational Institution «Russian Medical Academy of postgraduate education». Ministry of Health of Russian Federation, Ph.D. (*Moscow, Russia*).

<sup>2</sup> junior research fellow of the Department of the study of endogenous mental disorders and affective conditions (groups of special forms of mental pathology) Federal State Budgetary Scientific Institution «Science Center of Mental Health» – FSBSI «SCMH» (*Moscow, Russia*).

<sup>3</sup> clinical psychologist of the Department for the study of endogenous mental disorders and affective conditions (groups of special forms of mental pathology) Federal State Budgetary Scientific Institution «Science Center of Mental Health» – FSBSI «SCMH» (*Moscow, Russia*).

## **2. THE EXPERIENCE OF REHABILITATION FOR DRUG AND ALCOHOL-DEPENDENT WITH ASSOCIATED PSYCHIATRIC PATHOLOGIES IN R.C. «ZEBRA»**

**Abstract.** Rehabilitation Center «Zebra» presented the possibility of successful rehabilitation of patients with drug and alcohol addictions with psychopathological symptoms. They used their own methods for the synthesis of the program «12 Steps» and the classical approach of psychotherapy in combination with medication therapy. Depending on the second diagnosis it is necessary to use longer courses with an increased number of individual consultations, repeated courses enhanced family therapy, reintegration measures. The main objectives of rehabili-

tation are: restoration of horizontal communication, self-awareness and acceptance of his «otherness», the production method of a sober lifestyle given the symptoms and the establishment of the values of the Alliance with the psychiatrist. The key to success is an Alliance of R.C. with the psychiatrists engaged in the pharmacotherapy of the patient.

*SAVINA Ekaterina Alexeevna* Director and lead psychologists of the Rehabilitation Center «Zebra». Rehabilitation Charitable Fund «Zebra&K» (*Moscow, Russia*).

### **3. INTEGRATIVE MODEL OF REHABILITATION (a program of comprehensive medical rehabilitation and social adaptation of persons who are in difficult life situation and suffering from drug and alcohol addiction).**

**A b s t r a c t.** The program is based on the application of the integrative model of rehabilitation (IMR). The overall goal is achieving long-term remission, and human transformation and integration of his new experience in life. Resident, past program gets the opportunity to self-study, development of self-regulation and life management. Also, the program includes peer support group where relatives and parents and all who are in the immediate vicinity of a resident, get qualified assistance of specialists in different fields.

*BOLDYREV Oleg Yurievich* The head of the network of centers for professional rehabilitation of drug addicts «Decision», a psychiatrist, psychiatrist – narcologist, psychotherapist, PhD (*Rostov-on-don, Russia*)

**13.45.–14.15. Break**

**14.15.–15.15. Problem lecture**

**14.15.–15.00. The speech of the lecturer:**

## **EVIDENCE-BASED MEDICINE AND PROBLEMS OF RUSSIAN NARCOLOGY**

**Abstract.** The lecture will present in detail the principles and methods of research in addiction in the paradigm of evidence-based medicine. Reveals the negative consequences of inadequate representation evidence-based approach in the Russian narcology. The problems of isolationism national drug abuse from the world of drug science and practice, discusses the possible options for the development of Russian narcology. For the consideration of the audience put forward the urgent tasks of Russian narcology from positions of evidence-based medicine and offering new approaches to creating science-based standards for the provision of narcological assistance; the objectification of the effectiveness of methods of treatment and medical and social rehabilitation; evaluation of materials for scientific publications and reports in academic conferences.

*KRYPTITSKY Evgeny Mihailovich* Head of the Department of Addictions, St.-Petersburg Bekhterev Research Psychoneurological Institute, PhD and Doctor of sciences, St.-Petersburg, Russia; Ministry of Health of Russian Federation; Head of laboratory of clinical pharmacology of addictions of A.V. Valdman Institute Pharmacology of the First I.P. Pirogov St-Petersburg Medical University; professor of the Faculty of psychiatry Medical School of the Pensilvanian University (USA), M.D, professor (*St-Petersburg, Russia*).

#### **15.00.–15.15. Discussion. Fixed presentations:**

##### **1. THE CREATION OF THE FIRST INTERREGIONAL SOCIAL REHABILITATION CENTER FOR MINORS AND YOUNG PEOPLE USING PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

**Abstract.** Proposals for the organization of the first interregional social rehabilitation center for minors and young people using psychoactive substances. The structure of the work and fundings of the Center. Brief description of the programs and approaches to rehabilitation. The conditions of accommodation and directions to the center.

*KORENYAK Dmitry Vladimirovich* The Director of State Budgetary Institution of Moscow Social Rehabilitation Center for Minors «Revival» of the Department of labour and social protection of population of Moscow (*Moscow, Russia*).

## **2. THE EXPERIENCE OF REHABILITATION WORK WITH DRUG ADDICTIVE PEOPLE (PATIENTS), INTRODUCES A PROGRAM FOR SOCIAL ADAPTATION «STRANA ZIVYCH»**

**A b s t r a c t .** Realization and development of the program of rehabilitation and social adaptation «Strana Zivych». The role of individualism in the rehabilitation process. This is a modern oriented rehabilitation process. The therapeutic organization lays in the fundamental process of rehabilitation.

*KRUGLOVA* President of NGO –Charity Fund «Strana Zivych»  
*Elena* (Moscow District, Podolsk Russia).  
*Alexeevna*

## **3. FEW ASPECTS OF MODERN REHABILITATION PRACTICE OF DRUG ADDICTIVE PATIENTS**

**A b s t r a c t s .** The quality of rehabilitation, is an urgent problem that is relevant in the view of the continuing tense drug addiction situations in the Russian Federation and a variety of rehabilitation practices. In addition to the proven principles of the organization of psychosocial rehabilitation (long term presence of the therapeutic community and resocialization, eclectic as the main program feature and others). There are suggestions, to a discussion of additional parameters of rehabilitation process, for example: cooperations with medical institutions and individual approach, post-rehabilitation process, or other options and suggestions that promote professional readaptation, the availability of resources for the implementation of an individual approach et.c., which may increase the effectiveness of rehabilitation practice.

*SUSTRETOVA* Psychologist of Voronez Department of Charity fund-  
*Natalya* ing for organizing healthy lifestyle «Center of Healthy  
*Viktorovna* Lifestyle» (Voronez, Russia).

**15.15.–16.15. Scientific and educational Symposium:  
«THE INHALATION USE OF PSYCHOACTIVE  
SUBSTANCES AMONG THE YOUTH  
IS A GLOBAL PUBLIC HEALTH PROBLEM»**

**Abstract.** The relevance of the Symposium is due to a sharp increase in consumption of the newest synthetic drugs, mainly by inhalation, especially among the youth. At the beginning of the Symposium will give a brief historical excursus into the problems of the inhaled drug usage, from old to Shisha electronic cigarettes – traditional and «innovative» forms inhalation of psychoactive substances . Then the students will tell the predictors of dependence on inhalant drugs, about the features of premorbid personality and socio-psychological defects of the consumers of synthetic «designer» drugs; on the leading somatic-neurological manifestations of chronic intoxication with the possibilities of using the latest techniques MRI, PET scan, molecular genetic research in the study of this problem. Participants will learn how the formation of nicotine addiction the consumption of electronic cigarettes. The audience will provide information about the new inhalable surfactant – synthetic cannabinoids («spice») and mental disorders due to drug use.

**15.15.–16.00. Speakers:**

**15.15.–15.30. PREDICTORS OF DEVELOPING AN  
ADDICTION TO THE NEW GENERATION  
OF INHALED PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

**Abstract.** The range of psychoactive substances consumed illegally has recently been widening with inhalation administration being the most preferred route. This article presents the results of a screening pilot study of 7987 students of the Bashkortostan Republic aged 13-18 years which is based on this methodology. The analysis of predictors of developing an addiction to the modern drugs will help to address the problem of detecting the risk factors of developing an addiction among students by means a socio-psychological questionnaire as well as to improve educational process. The article might be of interest to the practitioners of addiction medicine, psychologists and school social workers.

ASADULLIN  
Azat  
Railevich

Ph.D, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Addiction with UAPE cours BSMU; Federal State Educational Institution of Higher Education Bashkir State Medical University; (*Ufa, Russia*).

Coauthors:

<sup>1</sup>AKHMETOVA  
Elvina  
Aslyamovna

<sup>1</sup> Assistant Professor; Department of Psychiatry and Addiction with UAPE cours BSMU; Federal State Educational Institution of Higher Education Bashkir State Medical University; (*Ufa, Russia*).

<sup>2</sup>ZRAZHEVSKAYA  
Inna  
Alexandrovna

<sup>2</sup> Head of the Department of Clinical Narcology of Research Institute of Narcology – a branch of the «V. Serbsky FMRCPN» of the Ministry of Health of the Russian Federation; Head of Teaching Division, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of Medical institute of Peoples' Friendship University of Russia, Doctor of Medical Sciences (*Moscow, Russia*).

15.30.–15.45.

### **COMPREHENSIVE PROGRAM OF PREVENTION OF ADDICTION TO «NEW PSYCHOACTIVE DRUGS» IN ADOLESCENTS**

**Abstract.** We developed and implemented the complex addiction preventive «new psychoactive substances» (NPS) program – which is a complex of medical-psychological, social and educational events, which prevent the development of persistent form of pathology at teenagers – schoolchildren at general education institutions who are characterized by systematic excessive use of NPS with developing negative consequences on mental and physical health, but without clearly seen signs of steadily formed addiction. Its purpose – to limit the degree of damage which is caused to a teenager student of general education institutions, to prevent from development of NPS. Addiction preventive program is aimed at student of general education institutions, as well as from the risk group using NPS and harmful consequences, and which consists of three parts: 1) primary prevention (PP) as a measurement system of risk factor pre-

vention of NPS development; 2) secondary prevention (SP) as series of action on risk factors elimination; 3) tertiary prevention (TP) focused on rehabilitation of mental, psychological and social functioning of teenager with developing clinically apparent NPS.

*IGUMNOV Sergey Alexandrovich* Head of the Department of Psychopharmacology, Research Institute for Addiction Problems – the Branch of «V.P. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Addiction Problems» of the Ministry of Health of the Russian Federation, M.D., Ph.D., Professor (*Moscow, Russia*).

*Coauthors:*

<sup>1</sup> *BURTSEV Alexander Alexandrovich* <sup>1</sup> Researcher, *Research Institute for Addiction Problems – the Branch of «V.P. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Addiction Problems»* of the Ministry of Health of the Russian Federation, M.D., Ph.D., (*Moscow, Russia*).

<sup>2</sup> *LAPANOV Pavel Sergeevich* <sup>2</sup> Psychiatrist, specialist in addiction problems, Gomel State Medical University, (*Gomel, Belarus*).

#### **15.45.–16.00. CONSUMPTION OF ELECTRONIC CIGARETTES AND THE FORMATION OF NICOTINE ADDICTION**

**Abstract.** Nowadays the electronic cigarette becomes almost not a panacea among heavy smokers who decided to give up the habit. According to the assurances of producers and distributors, it does not pose harm to the body, but is it really so?

*SPERANSKAYA Olga Ivanovna* Doctor of Medicine, Leading researcher of the Department of expertise in alcohol and drug abuse «V.P. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology» Ministry of Health of Russian Federation (*Moscow, Russia*).

#### **16.00.–16.15. Discussion. Fixed presentations:**

## **1. MENTAL DISORDERS DUE TO USE OF SYNTHETIC CANNABINOIDS**

**Abstract.** Synthetic cannabinoids («Spice») are among the most common new psychoactive substances, so-called «designer» drugs. This group of substances apply to Smoking mixtures and is positioned as safe, but their use can lead to serious consequences, including mental disorder, as in a state of intoxication, and long-term consequences.

*SHAKHOVA Svetlana Mihaylovna* Junior research associate of FSBI Federal Medical Research Center of Psychiatry and Addiction V.P. Serbsky, Ministry of Health of the Russian Federation (*Moscow, Russia*)

## **2. ALEXITHYMIA AS A RISK FACTOR FOR ADDICTIVE BEHAVIOR OF YOUTH**

**Abstract.** In recent years, the company faces increasing dependence on high-tech inventions, electronic gadgets. According to some experts, this kind of dependence, developed countries will take first place, ahead of using psychoactive substances. Factors socio-economic environment, cultural characteristics often lead to the development of certain patterns of behavior in young people. In this regard, special importance is research devoted to the study of personal psychological characteristics, in particular, of the phenomenon of alexithymia. Currently, in the literature there is a lack of research with the points of view of the influence of alexithymia on the formation of dependent patterns of behavior.

*NIKOLKINA Julia Arkadijevna* Ph.D. Head of the Department of the Medical Clinic of Mental Health «Rehab Family» (*Moscow, Russia*).

**16.15.–17.00. Solemn Ceremony of awarding of laureates and diplomants of the I International Contest of programs of prevention, rehabilitation and resocialization in the field of mental health «Conscious choice»**

## 17.00.–17.15. Closing of the conference.

### Information about the Conference venue.



Central House of Scientists of the Russian Academy of Sciences – is a verily scientific and cultural center of Moscow and Russia. There is managed to maintain a unique spirit of old intelli-

gent Moscow, the spirit of knowledge and creativity. Prior to the Conference and in the break between of scientific sessions, participants of the Conference will be able to see the historical interiors of Central House of Scientists of the Russian Academy of Sciences, which is recognized by the United Nations as one of the best monuments of the capital for its preservation.



**Address of the Conference venue:** Russia, Moscow, Prechistenka st., 16, Central House of Scientists of the Russian Academy of Sciences, the Great Hall.

**Link to the map:**

<http://web-local.rudn.ru/web-local/kaf/tj/index.php?id=213&p=4641>

**ПРОГРАММА на 16 ноября 2016 г.  
ТРЕТЬЕЙ ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«ДРОЗДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»**

---

**Тема конференции:  
«Сочетанная патология в психиатрии и наркологии:  
проблемы диагностики, терапии,  
реабилитации, ресоциализации»**

**Регистрация с 09.30., начало с 10.00.**

**БОЛЬШОЙ ЗАЛ  
(1-й этаж)**

- 10.00.–11.00.** Лекция по теме:  
**«СРЫВ ПРИ АДДИКЦИЯХ.  
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ  
РЕАБИЛИТАЦИИ АДДИКТОВ»**
- 10.00.–10.45. Образовательная информация от лектора *Кулакова Сергея Александровича* (д.м.н., профессора, заместителя Генерального директора по реабилитационной работе Медицинской ассоциации «Центр Бехтерев», врача-психотерапевта высшей категории, Председателя Супервизорского Совета Российской психотерапевтической ассоциации.
- 10.45.–11.00. Ответы на вопросы, дискуссия

**Цель лекции.** В лекции будут представлены предвестники срыва и практические методы преодоления ситуаций риска срыва, а также перспективы использования духовно-ориентированного и экзистенциальных подходов в реабилитации.

**Категории участников:** специалисты, работающие в сфере реабилитации аддиктов и расстройств личности.

**Аннотация лекции.** Срыв всегда начинается в духовной сфере! Если пациент смирит гордыню, поработает над «дефектами характера» и деструктивными (разрушительными) эмоциями, научится альтернативным способам совладания с ситуациями риска, то результатом будет повышение эффективности в процессе преодоления болезни и исчезнет необходимость использовать наркотик или алкоголь в качестве неконструктивного и губительного механизма избегания проблемы.

Возможно, именно специалисты-реабилитологи первыми начали рассматривать зависимости как био-психо-социо-духовное расстройство.

12-шаговая модель, которая является основой выздоровления во многих реабилитационных программах, также является духовно-ориентированным инструментом. Вместе с тем до настоящего времени в реабилитационных программах экзистенциальные проблемы несистематизированы и экзистенциальная терапия носит интуитивный характер, основанный на опыте выздоровления консультантов, представляющих значительную часть реабилитационной бригады.

В ходе лекции рецидив будет рассматриваться как ошибка, которую пациенту необходимо правильно воспринимать, осознавать и использовать как опыт в дальнейшем восстановлении от зависимости. Основой модели работы со срывом, представленной в лекции, является проблемный анализ ситуаций срыва, тренировка механизмов совладания со стрессом (копинг-навыков), преодоление ситуаций риска. Будут описаны несколько уровней, являющихся «почвой» для срыва, а также способствующие внешние «пусковые» факторы.

**11.15.–12.15. Семинар. Тема:**  
**«ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,  
СОЧЕТАННЫЕ С АЛКОГОЛЬНОЙ  
ЗАВИСИМОСТЬЮ»**

- 11.15.–12.00. Образовательная информация от ведущей семинара **Игзовской Анны Станиславовны** (доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, к.м.н., доцент, врач-психотерапевт, психиатр, нарколог)
- 12.00.–12.15 Ответы на вопросы, дискуссия

**Цель семинара** – овладеть практическими знаниями:

- по выявлению сочетанной патологии у лиц с алкогольной зависимостью;
- о задачах и методах коррекции симптомов;
- о возможностях психотерапевтического воздействия на пациентов с двойным диагнозом.

**Категории слушателей:** специалисты, работающие с зависимыми от алкоголя, как в медицинских, так и в социальных государственных и негосударственных учреждениях и организациях.

**План семинара.**

1. Что такое «двойной диагноз» (коморбидность).
2. Диагностика.
3. Формирование позитивного контакта с пациентом с двойным диагнозом и создание доверия.
4. Коррекция симптомов. Задачи и методы.
5. Элементы психотерапевтического воздействия на пациентов с двойным диагнозом. Клинические примеры.
6. Ответы на вопросы.

**Описание семинара.**

Основной акцент будет сделан на коррекции и терапии коморбидных состояний.

Программа включает знакомство с:

- признаками, которые отличают простую зависимость от сложной;
  - простыми диагностическими тестами;
  - с элементами метода терапии творческим самовыражением;
- а также демонстрацию психотерапевтических приемов, цель которых формирование доверия и позитивных отношений с пациентами, смягчение симптомов основного заболевания.

Участники смогут задать вопросы по теме семинара, получить консультации по сложным вопросам коррекции и взаимодействия с пациентами, страдающими сочетанными заболеваниями.

**12.30.–13.30. Семинар. Тема:**  
**«ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО  
ВЫГОРАНИЯ. УПРАВЛЕНИЕ ЭМОЦИЯМИ»**

12.30.–13.15. Образовательная информация от ведущей семинара *Игвской Анны Станиславовны* (доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, к.м.н., доцент, врач-психотерапевт, психиатр, нарколог)

13.15.–13.30. Ответы на вопросы, дискуссия

**Цель семинара** – овладеть практическими знаниями:

- по выявлению признаков эмоционального выгорания;
- о том, как определить стадию и степень эмоционального выгорания;

- о возможностях управления своим эмоциональным состоянием;
- о том, как снижать эмоциональное напряжение в рабочее время.

**Категории слушателей:**

- психологи;
- сотрудники медицинских и реабилитационных центров психиатрического и наркологического (включая консультантов по химическим зависимостям и волонтеров);

- врачи разных специальностей.

**План семинара:**

1. Что такое «эмоциональное выгорание»?
2. Легкое и хроническое эмоциональное выгорание.
3. Стадии выгорания.
4. Чему я отдаю себя?
5. Управление эмоциональным состоянием.

**Описание семинара.** Почти каждый работающий человек когда-либо ощущал у себя признаки, указывающие на изменения эмоциональной сферы. Чаще всего это испытывают люди, интенсивно работающие в системе «человек–человек». Это признаки истощения, которые появляются, если мы пережили большое напряжение, осуществили что-то существенное. Бывает, что на работе потребовалось большое напряжение сил, были какие-то кризисные ситуации, или, например, в какие-то периоды времени пришлось очень много работать.

Появляются такие симптомы, как раздражительность, отсутствие желаний, расстройства сна, снижение мотивации. Человек чувствует себя преимущественно некомфортно. Могут проявляться депрессивные симптомы. Это несложный вариант «синдрома менеджера» – эмоциональное выгорание на уровне реакции, физиологическая и психологическая реакция на чрезмерное напряжение. Когда ситуация завершается, симптомы исчезают сами по себе. Но если человек не восполняет энергию посредством отдыха, организм переходит в режим экономии сил.

**14.00.–15.00. Семинар, тема:**  
**«ТИПОЛОГИЯ ХАРАКТЕРОВ  
И АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ.  
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ  
ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ  
И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ»**

14.00.–14.45. Образовательная информация от ведущей семинара *Игзовской Анны Станиславовны* (доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, к.м.н., доцент, врач-психотерапевт, психиатр, нарколог)

14.45.–15.00. Ответы на вопросы, дискуссия

**Цель семинара** – овладеть практическими знаниями:

- по определению основных характерологических радикалов и типов характеров;
- об изменениях личности, характерных для лиц, страдающих алкоголизмом;
- научиться применять знания об особенностях личности при работе с зависимыми.

**Категории слушателей:** специалисты, работающие с зависимыми, как в медицинских, так и в социальных государственных и негосударственных учреждениях и организациях.

**План семинара:**

1. Виды классификаций характеров.
2. 7 основных характерологических радикалов.

3. Искусство распознавания характерологических признаков.
4. Пьянство и трудности характера.
5. Изменения личности при алкоголизме.
6. Деятельность и самовыражение.
7. Мышление, эмоции, поведение как личностные проявления каждого человека.

**Описание семинара.** Идеи о разных характерах людей возникли еще в эпоху ранней античности, что было обусловлено общественной деятельностью того времени. Так, греческий рабовладелец, покупая раба, внимательно осматривал его внешность – мышцы, позвоночник, зубы, для того чтобы определить физическую работоспособность. В то же время рабовладельца интересовали и психические черты раба – послушный ли он, сдержанный, терпеливый, покорный и любит ли он работу. Поэтому именно в Древней Греции зародилась визуальная психодиагностика – теория различения черт характера человека на основе его внешних характеристик.

Для специалистов, помогающих людям с алкогольной и другими зависимостями, важно, как характерологические особенности влияют на формирование зависимостей, как изменяется личность под воздействием постоянного экзогенно-вредного фактора, такого как алкоголь.

## **15.15–16.15 Семинар. Тема:**

### **«ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО И САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ»**

- 15.15.–16.00. Образовательная информация от ведущего семинара *Игумнова Сергея Александровича* (заведующий отделением клинической психофармакологии НИИ наркологии – филиала ФМИЦПН им. В.П. Сербского, д.м.н., профессор)
- 16.00.–16.15. Ответы на вопросы, дискуссия

**Цель семинара:** практическое освоение психологических методов диагностики уровня суицидального риска, предупреждения и коррекции суицидального поведения у лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ).

**Категории слушателей:** психотерапевты, психологи, психиатры, наркологи, реабилитологи, врачи и медицинские работники других специальностей, сотрудники (в т.ч. консультанты и волонтеры) реабилитационных центров.

**План семинара:**

1. Практическое освоение навыков оценки уровня суицидального риска (опросники Шкала оценки риска суицида (The SAD PERSONS Scale, Patterson et al., 1983, SIS; Poeldinger и др.); Шкала суицидальных интенций Пирса (Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D.W., 1977);

2. Тренинг навыков беседы с пациентом (в том числе подростком), относящимся к группе высокого суицидального риска на фоне потребления «новых психоактивных веществ»;

3. Рассмотрение особенностей кризисной психологической коррекции, ее основных этапов;

4. Практическое освоение приемов «кризисного вмешательства», «контаминации суицидальных фантазий» и др.

**Аннотация семинара.** На семинаре слушатели познакомятся с основными особенностями кризисной психологической коррекции, ее основных этапов; практически освоят приемы «кризисного вмешательства», «контаминации суицидальных фантазий» и др.

**МАЛЫЙ ЗАЛ**  
(1-й этаж)

**10.00.–11.00. Семинар, тема:**  
**«НАРУШЕНИЯ СНА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО НОРМАЛИЗАЦИИ»**

10.00.–10.45. Образовательная информация от ведущей **Елфи-мовой Е.В.** (профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, д.м.н., врач-психотерапевт, психиатр, нарколог;

внештатный консультант лаборатории Медицины сна ФГБУ «Клинический санаторий «Барвиха» Управления делами Президента РФ»).

10.45.–11.00      Ответы на вопросы, дискуссия.

**Цель семинара:** познакомить слушателей с причинами и способами лечения нарушений сна.

**Категории слушателей:** психотерапевты, психологи, психиатры, наркологи, реабилитологи, врачи и медицинские работники других специальностей, сотрудники (в т.ч. консультанты и волонтеры) реабилитационных центров.

**План семинара:**

1. Сомнологический ликбез, или что должен знать о проблемах сна каждый человек.

2. Нелекарственные методы лечения сна.

3. Правила гигиены сна.

4. Маленькие психотерапевтические хитрости для улучшения сна от ведущей.

5. Психофизиологические функции сна.

6. Полисомнография – метод диагностики нарушений сна.

7. Определение инсомнии.

8. Виды инсомнии.

9. Классификация инсомнии.

10. Причины хронической инсомнии.

11. Инсомния как индикатор соматического или психического расстройства.

12. Лекарственные препараты, вызывающие инсомнию.

13. Препараты для лечения нарушений сна.

**Описание семинара.** Качество сна является составляющей качества жизни и влияет на все аспекты жизнедеятельности человека и состояние его здоровья. В современном обществе «бессонница» настолько распространена, что, можно сказать, мы превращаемся в популяцию беспокойно спящих людей.

На семинаре слушатели познакомятся с причинами и основными методами медикаментозной и немедикаментозной коррекции нарушений сна.

**11.15.–12.15. Семинар, тема:**  
**«ТАБАКОКУРЕНИЕ: ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА ИЛИ БОЛЕЗНЬ»**

11.15.–12.00. Образовательная информация от ведущей семинара **Елфимовой Е.В.** (профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, к.м.н., доцент, врач-психотерапевт, психиатр, нарколог; член рабочей группы по профилактике и лечению табачной зависимости внутриведомственной программы «Центральный Банк – территория здоровья»).

12.00.–12.15. Ответы на вопросы, дискуссия

**Цель семинара:** познакомить слушателей с механизмами возникновения табачной зависимости, способами диагностики и методами преодоления.

**Категории слушателей:** психотерапевты, психологи, психиатры, наркологи, реабилитологи, врачи и медицинские работники других специальностей, сотрудники (в т.ч. консультанты и волонтеры) реабилитационных центров.

**План семинара:**

1. История табакокурения.
2. Распространенность табачной зависимости в мире.
3. Механизм возникновения никотиновой зависимости.
4. Чем вредно курение.
5. Классификация и диагностика табачной зависимости.
6. Тесты и шкалы для диагностики табачной зависимости.
7. Медикаментозные методы лечения.
8. Комплементарные методы лечения табачной зависимости.
9. Возможности психотерапевтической коррекции.
10. Разработка профилактических программ на примере внутриведомственной программы Центрального банка РФ.

**Описание семинара.** Табачная зависимость является серьезной медико-социальной проблемой. На семинаре слушатели познакомятся с историей проблемы, современными методами диагностики, лечения и профилактики курения.

**12.45.–13.45. Семинар, тема:**

**«АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА: МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ, МОДИФИКАЦИИ МЕТОДА»**

12.45.–13.30. Образовательная информация от ведущей семинара **Елфимовой Е.В.** (профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, к.м.н., доцент, врач-психотерапевт, психиатр, нарколог; внештатный консультант лаборатории Медицины сна ФГБУ «Клинический санаторий «Барвиха» Управления делами Президента РФ»)

13.30.–13.45. Ответы на вопросы, дискуссия.

**Цель семинара:** практическое освоение аутогенной тренировки и обучение методике ее преподавания.

**Категории слушателей:** психотерапевты, психологи, психиатры, наркологи, реабилитологи, врачи и медицинские работники других специальностей, сотрудники (в т.ч. консультанты и волонтеры) реабилитационных центров.

**План семинара:**

1. Исторические предпосылки АТ.
2. Идеодинамические феномены и физиологические основы АТ.
3. Три гениальных открытия И. Шульца.
4. Понятие аутотренинга.
5. Правила проведения АТ.
6. Шесть стандартных упражнений классической АТ.
7. План занятий по освоению 1 степени АТ.
8. Модификация аутогенной АТ ведущей.
9. Формулы самовнушения.
10. Влияние звуков и цвета на эмоциональное состояние.
11. Высшие ступени АТ.
12. АТ и дыхательные релаксационные техники.
13. АТ и современные методы восстановительного лечения.

Описание семинара. АТ – это система упражнений, с помощью которой человек сам может добиться одной из гипнотических фаз и извлечь из этого пользу, без длительного воздействия со стороны гипнотизера и сколько-нибудь значимой от него зависимости.

На семинаре слушатели познакомятся с классической аутогенной тренировкой, ее модификациями, в том числе авторской, а также с возможностью ее использования в сочетании с другими психотерапевтическими и реабилитационными методами.

**14.00. – 15.00. Семинар, тема:**

**«ПСИХОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ.  
ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА  
ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ»**

14.00.–14.45. Образовательная информация от ведущей семинара **Елфимовой Е.В.** (профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, к.м.н., доцент, врач-психотерапевт, психиатр, нарколог; руководитель психиатрической службы Медицинского центра Банка России)

14.45.–15.00. Ответы на вопросы, дискуссия.

**Цель семинара:** ознакомление с основами психологии управления и изучение основных подходов к профилактике синдрома эмоционального выгорания.

**Категории слушателей:** руководители различных уровней (в т.ч. и реабилитационных центров, фондов, НКО, АНО), старшие и главные медсестры, психотерапевты, психологи, психиатры, наркологи, реабилитологи, врачи и медицинские работники других специальностей, сотрудники (в т.ч. консультанты и волонтеры) реабилитационных центров.

**План семинара:**

1. Стресс на рабочем месте – шокирующий отчет Международной Организации Труда.

2. Иерархия потребностей Маслоу.

3. Понятие мотивации.

4. Типы деструктивной мотивации.

5. Факторы деструктивной мотивации.

6. Стили руководства.

7. Понятие о делегировании полномочий.

8. Формирование коллектива.
9. Психодиагностика при трудоустройстве.
10. Использование сокращенного многопрофильного опросника личности (СМОЛ) при трудоустройстве – опыт работы Многопрофильного медицинского центра Банка России.
11. Конфликт в трудовом коллективе: хорошо или плохо?
12. Синдром эмоционального выгорания: светя другим, сгораю сам?
13. Диагностика синдрома эмоционального выгорания.
14. Стадии синдрома эмоционального выгорания.
15. Профилактика синдрома эмоционального выгорания: что могу сделать я сам, что должен сделать мой руководитель, чем поможет мне психотерапевт?

#### **Конфликт в трудовом коллективе. Описание семинара.**

Взаимодействие между личностью и профессией носит разносторонний характер. С одной стороны, человек воздействует на профессию: модернизирует и улучшает способы выполнения деятельности. С другой стороны, профессия может оказывать влияние на личность, изменяя и развивая ее. Это взаимовлияние может носить как позитивный, так и негативный характер. Комплекс негативных последствий воздействия профессии на личность в отечественной психологии получил название профессиональная деформация. Одним из негативных проявлений профессиональной деформации личности является синдром «эмоционального выгорания».

На семинаре слушатели познакомятся с управленческими, социальными и психологическими причинами синдрома эмоционального выгорания, которым страдают более 50% медицинских работников нашей страны. Получат рекомендации по его преодолению. Особое внимание будет уделено правильному формированию трудового коллектива с использованием современных психодиагностических инструментов.

#### **15.15.–16.15. Воркшоп, тема:**

##### **«ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОНТРАКТ»**

- 15.15.–16.00. Образовательная информация от ведущего воркшопа **Котова С.В.** (старший научный сотрудник отделения психотерапии и стационарной меди-

цинской реабилитации НИИ наркологии – филиала ФМИЦПН им. В.П. Сербского, врач психиатр-нарколог, психотерапевт, член Европейской ассоциации трансактного анализа (ЕАТА), мастер-тренер Объединенного Сообщества Психологического Консультирования, к.м.н.

16.00.–16.15. Ответы на вопросы, дискуссия.

**Категории слушателей:** сотрудники реабилитационных центров, включая консультантов по химическим зависимостям и волонтеров; психологи и врачи: психиатры-наркологи, психотерапевты.

**Цель воркшопа:** научить слушателей основным правилам составления терапевтического контракта.

**Аннотация воркшопа.** Синдром химической зависимости формируется далеко не у каждого, а только у людей с чертами зависимости, развивающимися задолго до манифестации заболевания. Главная черта зависимой личности – невозможность (отсутствие навыка, нежелание) позаботиться о себе самом по-настоящему. Работа с зависимыми тесно связана с вопросами ответственности за происходящее с ними. Пациент, играя роль жертвы, берет на себя «ответственность быть безответственным». Терапевтические контракты позволяют структурировать работу и разделить ответственность за происходящее между клиентом и терапевтом.

## КАБИНЕТ ДЛЯ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ № 1

11.30.–13.00. Мастер-класс, тема:

### **«ПСИХОДРАМА В РЕАБИЛИТАЦИИ ХИМИЧЕСКИХ И НЕХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ»**

Ведущий – *Кулаков С.А.* – д.м.н., профессор, заместитель Генерального директора по реабилитационной работе Медицинской ассоциации «Центр Бехтерев», врач-психотерапевт высшей категории, председатель супервизорского совета Российской психотерапевтической ассоциации.

**Цель мастер-класса.** Имеет практическую направленность. В ходе мастер-класса будет продемонстрирована практическая работа в модальности психодрамы.

**Категории участников:** мастер-класс предназначен для специалистов, работающих с зависимыми и пациентами с расстройствами личности.

**План мастер-класса.** Работа будет проводиться в 2-х кругах: малом – не более 20 человек из лиц, которые готовы принять непосредственное участие в работе группы, и большом – не более 30 человек, которые выступят в роли наблюдателей и будут участвовать только в предоставлении обратной связи.

**Аннотация метода.** Психодрама представляет собой мульти-модальную терапию. Исследование причин рецидивов аддиктов свидетельствовало о невозможности справиться с аффектами в результате интерперсональных (чаще семейных) конфликтов, а также экзистенциальных кризисов.

На этапе «разогрева» (I фаза психодрамы) используются проективные психотехнологии (арт-анализ, использование открыток, игрушек, метафор и др.), позволяющие обойти психологические защитные механизмы и предоставляющие широкие возможности проявления креативности и спонтанности, которые присущи пациентам с зависимостями.

Во второй фазе (психодраматическая «проработка») чаще всего применяются микросессии (виньетки, эпизоды), реже – принцип «от периферии к центру», так как аддикты в силу низкой фрустрационной толерантности не выдерживают длительных сессий.

Активность и интенсивность работы психодраматиста при работе с пациентами с зависимостями высокая.

## **КАБИНЕТ ПСИХОТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИИ № 4 (реабилитации); 3-й этаж**

**15.30.–16.30. Мастер-класс, тема:**

### **«ОСНОВЫ РАБОТЫ С МЕТАФОРИЧЕСКИМИ КАРТАМИ».**

15.30.–16.15. Образовательная информация от ведущей мастер-класса *Елфимовой Е.В.* (профессор кафедры пси-

хиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, к.м.н., доцент, врач-психотерапевт, психиатр, нарколог; руководитель психиатрической службы Медицинского центра Банка России).

16.15.–16.30. Ответы на вопросы, дискуссия.

**Цель мастер-класса:** познакомить слушателей с методикой работы с метафорическими ассоциативными картами.

**Категории слушателей:** психотерапевты, психологи, психиатры, наркологи, реабилитологи, врачи и медицинские работники других специальностей, сотрудники (в т.ч. консультанты и волонтеры) реабилитационных центров.

**План мастер-класса:**

1. История создания метафорических ассоциативных карт.
2. Диагностические и терапевтические возможности метафорических ассоциативных карт.
3. Как работают ассоциативные карты.
4. Основные колоды ассоциативных карт.
5. Авторская методика работы с ассоциативными картами «ОХ».
6. Работа с редкими колодами.
7. Возможности перекрестного использования карт.
8. Проведение консультирования с использованием метафорических ассоциативных карт.

**Описание семинара.** Метафорические ассоциативные карты являются уникальной проективной диагностической и психотерапевтической методикой для индивидуальной и групповой работы с самым широким спектром психологических проблем. Метафорические ассоциативные карты позволяют осуществить «обход» рационального мышления, снять защиту и внутреннее сопротивление, создать условия для диалога между внешним и внутренним миром человека.

На семинаре слушатели познакомятся с основными колодами метафорических карт, принципами работы с ними.

Ведущая семинара обучит авторской методике работы с метафорическими картами «ОХ», работе с редкими колодами карт и возможностям перекрестного использования колод.

У слушателей будет возможность получить индивидуальную психотерапевтическую консультацию.

**КАБИНЕТ РУКОВОДИТЕЛЯ  
ОТДЕЛА КЛИНИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИИ,  
профессора И.А. Зражевской (2 этаж, администрация)**

**15.15.–16.15. Семинар, тема:**

**«РАБОТА С ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»**

- 15.15.–16.00 Образовательная информация от ведущего семинара: *Шевцова Алексея Владимировича* (старший научный сотрудник НИИ наркологии – филиала ФМИЦПН им. В.П. Сербского, к.м.н., врач нарколог, психотерапевт).
- 16.00.–16.15. Ответы на вопросы, дискуссия.

**Категории слушателей:** сотрудники реабилитационных центров, включая консультантов по химическим зависимостям и волонтеров; психологи и врачи: психиатры-наркологи, психотерапевты.

**План семинара:**

1. Определения ответственности.
2. Степени ответственности как этапы реабилитации.
3. Стратегия работы.
4. Тактика работы на основе практических примеров.
5. Роль ответственности в реабилитационном процессе.

**Аннотация.** На семинаре будет представлена авторская методика работы с зависимыми пациентами. Она имеет неограниченные возможности применения для работы в подразделениях стационарного и амбулаторной типа, а также реабилитационных отделениях и центрах.

На основе авторской презентации Вы познакомитесь с интересным и полезным аспектом работы с наркологическими пациентами. На семинаре будут освещены аспекты работы с ответственностью пациента (как стратегические, так и тактические). Будет дано подробное описание степеней ответственности пациентов как динамического показателя эффективности реабилитации, что имеет большое практическое значение. Ответственность является крайне интересной мишенью психотерапевтического процесса.

Освоив такой подход, Вы значительно облегчите себе работу по формированию терапевтического процесса.

На основе подхода работы с ответственностью в НИИ наркологии разработан обучающий курс для психологов и консультантов.

Будет интересно и полезно 😊

**Место проведения:** НИИ наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России.

**Адрес:** Москва, ул. Ставропольская 27, корп. 7 (ближайшая станция метро «Люблино»).

## **PROGRAM on the 16th of November, 2016.**

THE THIRD ANNUAL SCIENTIFIC-PRACTICAL  
CONFERENCE WITH INTERNATIONAL  
PARTICIPATION «DROZDOVSKI READINGS»

---

**The conference topic:  
«Comorbid pathology in psychiatry and narcology:  
Problems of diagnostics, therapy,  
rehabilitation, resocialization»**

**Registration from 09.30., beginning from 10.00 am.**

### **GREAT HALL (1<sup>st</sup> floor)**

- 10.00.–11.00.   L e c t i o n ,   t o p i c :**  
**«THE FAILURE IN THE ADDICTIONS. EXIS-  
TENTIAL ASPECTS OF REHABILITATION OF  
ADDICTS»**
- 10.00.–10.45.   Educational information from the lecturer *Kulakov  
Sergey Alexandrovich* (MD, Professor, Deputy Gen-  
eral Director of rehabilitation work of the Medical  
Association «Center of Bekhterev», psychotherapist  
of the highest category, Chairman of the Supervisory  
Council of the Russian psychotherapeutic Associa-  
tion)
- 10.45.–11.00.   Answers on the questions.

**Aim of lection.** The lecture will be presented harbingers of failure and practical methods of overcoming the risk of failure and prospects for the use of spiritually-centered and existential approaches in rehabilitation.

**Categories of participants:** specialists who working in the field of rehabilitation of addicts, and personality disorders.

**Abstract of lection.** The failure always starts in the spiritual realm! If the patient will humble the pride, will work with his «defects of character» and destructive emotions, and will learn alternative ways of coping with situations of risk, in the result will be increased efficiency in the process of overcoming the disease and eliminate the need to use drugs or alcohol as unconstructive and harmful avoidance mechanism of problem.

Perhaps specialists – therapists first began to consider addiction as bio-psycho-socio-spiritual disorder.

The 12 step model that is the basis of recovery in many rehabilitation programs, is also a spiritually-oriented tool. However, to date, in rehabilitation programs existential problems are not systematic and existential therapy has an intuitive character, based on the experience of recovery consultants who representing a significant part of the rehabilitation brigades.

During the lecture of the relapse will be treated as a mistake which the patient must correctly perceive, understand and use as experience in the further recovery from addiction. The basis of the model at work with the breakdown, which presented in the lecture, is a problem analysis of situations of breakdown, training mechanisms of coping with stress, overcoming risk situations. Will be described several levels that are a «ground» for breakdown, and contributing external «trigger» factors.

### **11.15.–12.15. Seminar, topic:**

#### **«MENTAL DISORDERS, ASSOCIATED WITH ALCOHOL DEPENDENCE»**

11.15.–12.00. Educational information from the lecturer *Igovskaya Anna Stanislavovna* (Ph.D, Docent of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia»; psychotherapist, psychiatrist, psychiatrist-narcologist)

12.00.–12.15 Answers on the questions.

**Aim of seminar** – to learn practical knowledge:  
– for detection of combined pathology in individuals with alcohol dependence;  
– about the tasks and methods of correction of symptoms;  
– about the possibilities of psychotherapy in patients with dual diagnosis.

**Categories of listeners:** specialists, working with people with alcohol-dependent, both in medical and social state and non-state institutions and organizations.

**Plan of seminar**

1. What is «dual diagnosis» (comorbidity).
2. Diagnosis.
3. To formate a positive contact with patient with dual diagnosis and the establishment of trust.
4. Correction of symptoms. Tasks and methods.
5. Elements of psychotherapeutic influence in patients with dual diagnosis. The clinical examples.
6. Elements of psychotherapeutic influence in patients with dual diagnosis. The clinical examples.
7. The answers to the questions.

**Description of the seminar.**

The main emphasis will be placed on the correction and treatment of comorbid conditions

*The program includes acquaintance with:*

– the characteristics, that distinguish simple dependence from complex dependence;

– simple diagnostic tests;

– with elements of method of therapy creative expression;

as well as demonstration psychotherapeutic techniques, which aim at building trust and positive relationships with patients, reducing symptoms of the underlying disease.

Participants will be able to ask questions on the topic of the seminar to get advice on complex issues of correction and interaction with patients, who suffering from combined diseases.

**12.30.–13.30. Seminar, topic:**

**«PREVENTION OF EMOTIONAL BURNOUT.  
MANAGING EMOTIONS»**

- 12.30.–13.15. Educational information from the lecturer *Igovskaya Anna Stanislavovna* (Ph.D, Docent of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia»; psychotherapist, psychiatrist, psychiatrist-narcologist)
- 13.15.–13.30. Answers on the questions.

**Aim of seminar** – to learn practical knowledge:

- to identify signs of emotional burnout;
- about how to determine the stage and degree of emotional burnout;
- about capabilities of management of your emotional state;
- about how to reduce emotional stress in the workplace.

**Categories of listeners:**

- psychologists;
- the staff of medical and rehabilitation centers mental health and substance abuse services (including consultants on chemical dependency and volunteers);
- doctors of different specialties.

**Plan of seminar:**

1. What is «emotional burnout»?
2. Easy and chronic emotional burnout.
3. Stages of burnout.
4. What I give myself?
5. Management of emotional state.

**Description of the seminar.**

Most often it experienced by people, who working intensively in the system «man-man». These are signs of exhaustion that appear when we experienced a lot of stress, accomplished something significant. Sometimes at work it took a great effort, or there were some crisis situation, or, for example, in some periods of time, had to work a lot.

There are such symptoms as irritability, lack of desire, sleep disorders, decreased motivation.

Person feel yourself mostly uncomfortable. Can manifest depressive symptoms. This is a simple version of the «Manager syndrome» emotional burnout on the level of the reaction, the physiological and psychological reaction to excessive stress. When the situation ends, the symptoms disappear by themselves. But if a person does not make up for the energy through rest, the body switches to saving mode energy.

**14.00.–15.00. Seminar, topic:**  
**«TYPOLOGY OF CHARACTERS,  
AND ALCOHOL DEPENDENCE. PERSONALITY  
CHARACTERISTICS OF PATIENTS  
WITH ALCOHOL AND DRUG DEPENDENCE»**

14.00.–14.45. Educational information from the lecturer *Igovskaya Anna Stanislavovna* (Ph.D, Docent of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia»; psychotherapist, psychiatrist, psychiatrist-narcologist)

14.45.–15.00. Answers on the questions.

**Aim of seminar** – to learn practical knowledge:

– by definition, the main characteristic of radicals and types of characters;

– about changes of personality that are characteristics of persons who suffering from alcoholism;

– learn to apply knowledge about the personality by working with dependent people.

**Categories of listeners:** specialists, working with people with alcohol-dependent, both in medical and social state and non-state institutions and organizations.

**Plan of seminar:**

1. The types of classifications of characters.
2. 7 basic characterological radicals.
3. The art of recognition of characteristic signs.
4. Drunkenness and difficults of character.
5. Personality changes in alcoholism.
6. Activity and expression.
7. Thinking, emotions, behavior as a personal feature of every person.

**Description of the seminar.**

Ideas about different characters of people arose in the epoch of early antiquity, which was due to social activity of that time.

So, the Greek slave owner buying a slave, carefully examined his appearance – muscles, spine, teeth, in order to determine physical per-

formance. At the same time, the slave owner was interested in and mental traits of a servant – obedient whether he is discreet, patient, submissive, and if he loves to work. Therefore it was in Ancient Greece originated a visual psychodiagnostics – theory about differentiation of traits of character of a person based on his external characteristics. For specialists, who help to people with alcohol and other addictions, it is important how affect character traits on the formation of dependencies. How is changing the person under the influence of a constant exogenous harmful factor, such as alcohol.

**15.15–16.15 Seminar, topic:**

**«DIAGNOSIS, PREVENTION  
AND CORRECTION OF SUICIDAL  
AND CAMPBRIDGE BEHAVIOR  
IN INDIVIDUALS ADDICTED FROM  
PSYCHOACTIVE SUBSTANCES»**

15.15.–16.00. The lecturer of the seminar: *Igumnov Sergey Alexandrovich* – MD, Professor, Head of the Department of clinical psychopharmacology of Scientific Research Institute of narcology – branch of Federal State Budgetary Institution «V. Serbsky Federal Medical Research Center of psychiatry and narcology»

16.00.–16.15. Answers on the questions

**Aim of seminar:** practical mastering psychological methods of diagnostics of level of suicide risk, prevention and correction of suicidal behavior in individuals, addicted to psychoactive substances.

**Categories of listeners:** employees of rehabilitation centers, including consultants and volunteers of chemical dependencies; psychologists and doctors: psychiatrists, drug experts, psychotherapists.

**Plan of seminar:**

1. Practical mastering psychological methods of diagnostics of level of suicide risk, (a questionnaire Scale to assess the risk of suicide (The SAD PERSONS Scale, Patterson et al., 1983, SIS; Poeldinger и др.); Pierce Suicide Intent Scale (Pierce, D.W., 1977);

2. Training of Skills of the conversation with the patient (including a teenager), belonging to the group of high suicidal risk in the background of consumption of «new psychoactive substances»;

3. Consideration of the features of psychological correction of crisis, its main stages;

4. Practical mastering of techniques of «crisis intervention», «contamination suicidal fantasies», etc.

**Abstract of seminar.** At the seminar the participants will learn the basic features of psychological correction of crisis, its main stages; practically learn the techniques of «crisis intervention», «contamination suicidal fantasies», etc.

## МАЛЫЙ ЗАЛ (1-й этаж)

### 10.00.–11.00. Seminar, topic:

#### «SLEEP DISORDERS AND THE POSSIBILITY OF ITS NORMALIZATION»

10.00.–10.45. Educational information from the lecturer *Elfimova E.V.* (MD, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia» (Moscow, Russia); psychotherapist, psychiatrist, narcologist; freelance consultant of laboratory Medicine of sleep Federal State Budgetary Institution «Clinical sanatorium “Barvikha”» Administration of the President of the Russian Federation).

10.45.–11.00 Answers on the questions, discussion.

**Aim of the seminar:** to introduce students with the causes and methods of treatment of sleep disorders.

**Categories of listeners:** psychotherapists, psychologists, psychiatrists, narcologists, therapists, doctors and medical specialists of other specialties, employees (including consultants and volunteers) of rehabilitation centers.

### **Plan of the seminar:**

1. Somnological educational program, or what need to know about sleep problems every person.
2. Non-drug treatments of sleep.
3. The rules of sleep hygiene.
4. Small psychotherapy tricks for better sleep from a leading.
5. The physiological functions of sleep.
6. Polysomnography – the diagnostic method of sleep disorders.
7. The definition of insomnia.
8. Types of insomnia.
9. Classification of insomnia.
10. Causes of chronic insomnia.
11. Insomnia as an indicator of somatic or mental disorder.
12. Medical drugs that cause insomnia.
13. Drugs for the treatment of sleep disorders.

**Description of the seminar.** Sleep quality is a component of quality of life and affects all aspects of human life and his health. In modern society, «insomnia» is so ubiquitous that we can say we are turning into a population of restless sleepers people. At the workshop the participants will get acquainted with the reasons and the main methods of medicamental and non-medicamental correction of sleep disorders.

### **11.15.–12.15. Seminar, topic:**

#### **«SMOKING: BAD HABIT OR ILLNESS»**

- 11.15.–12.00. Educational information from the lecturer *Elfimova E.V.* (MD, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia» (Moscow, Russia); member of the working group on the prevention and treatment of tobacco dependence interdepartmental program «the Central Bank – the territory of health»).
- 12.00.–12.15. Answers on the questions, discussion.

**Aim of the seminar:** to acquaint students with the mechanisms the emergence of tobacco dependence, methods of diagnosis and methods to overcome.

**Categories of listeners:** psychotherapists, psychologists, psychiatrists, narcologists, therapists, doctors and medical specialists of other specialties, employees (including consultants and volunteers) of rehabilitation centers.

**Plan of the seminar:**

1. History of tobacco Smoking.
2. The prevalence of nicotine dependence in the world.
3. The mechanism of occurrence of nicotine addiction.
4. Than smoking harmful.
5. Classification and diagnosis of nicotine dependence.
6. Tests and scales for the diagnosis of tobacco dependence.
7. Drug methods of treatment.
8. Complementary methods of treatment for tobacco dependence
9. Possibilities of psychotherapeutic correction.
10. Development of prevention programs on example the internal program of the Central Bank of the Russian Federation.

**Description of the seminar.** Tobacco addiction is a serious medical and social problem. At the workshop the participants will get acquainted with the history of the problem, modern methods of diagnostics, treatment and prevention of smoking.

**12.45.–13.45. Seminar, topic:**

**«AUTOGENIC TRAINING: METHODOLOGY, MODIFICATIONS OF METHOD»**

- 12.45.–13.30. Educational information from the lecturer *Elfimova E.V.* (MD, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia» (Moscow, Russia); psychotherapist, psychiatrist, narcologist; freelance consultant of laboratory Medicine of sleep Federal State Budgetary Institution «Clinical sanatorium “Barvikha”» Administration of the President of the Russian Federation).
- 13.30.–13.45. Answers on the questions, discussion.

**Aim of the seminar:** practical mastering of autogenic training and training methods of teaching.

**Categories of listeners:** psychotherapists, psychologists, psychiatrists, narcologists, therapists, doctors and medical specialists of other specialties, employees (including consultants and volunteers) of rehabilitation centers.

**Plan of the seminar:**

1. Historical background on AT.
2. Ideo-dynamic phenomena and physiological basis of AT.
3. I. Schulz's three brilliant discoveries
4. The concept of autotraining.
5. Rules of conduction of AT.
6. Six standard exercises of classical AT.
7. Plan of the lessons for the mastering of the first stage of the AT.
8. Modification of autogenic training from the leading.
9. Formulas of self-hypnosis.
10. The influence of sounds and colors on the emotional condition.
11. The highest stages of AT.
12. AT and breathing and relaxation techniques
13. AT and modern methods of restoration treatment.

**Description of the seminar.** AT– it is a system of exercises, by which man may achieve one of the hypnotic phases and to benefit from it, without a long exposure on the part of the hypnotist and any significant from him dependency.

At the workshop the participants will get introduced to the classical autogenic training, its modifications, including author's and also with the possibility of its use in combination with other psychotherapeutic and rehabilitation methods.

**14.00. – 15.00. Seminar, topic:**

**«PSYCHOLOGY OF MANAGEMENT.  
PREVENTION OF THE SYNDROME  
OF EMOTIONAL BURNOUT»**

- 14.00.–14.45. Educational information from the lecturer *Elfimova E.V.* (MD, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of ad-

vanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia» (Moscow, Russia); Head of the psychiatric service of the Medical center Bank of Russia).

14.45.–15.00.      Answers on the questions, discussion.

**Aim of the seminar:** acquainting with the basics of management psychology and the study of the major approaches to the prevention of the emotional burnout syndrome.

**Categories of listeners:** leaders of various levels (including rehabilitation centres, foundations, NGOs, ANO), chief and senior nurses, psychotherapists, psychologists, psychiatrists, narcologists, therapists, doctors and medical professionals of other specialties, employees (including consultants and volunteers) of rehabilitation centers.

**Aim of the seminar:**

1. Stress in the workplace – the shocking report of the International Labour Organization.

2. The Maslow's hierarchy of needs.

3. The concept of motivation.

4. Types of destructive motivation.

5. Factors the destructive of motivation

6. The styles of leadership.

7. The concept of delegation of authority.

8. The formation of the team.

9. Psychodiagnosis for employment.

10. Using the acronym of multidisciplinary questionnaire personality (AMQP) for employment – experience of the work the Versatile medical center Bank.

11. Conflict in the workplace: good or bad?

12. Emotional burnout: shining to others, burns out itself?

13. Diagnostics of the emotional burnout syndrome.

14. The stages of the emotional burnout.

15. Prevention of the emotional burnout: what can I do myself, what should my leader can to do, how can help me therapist?

**Description of the workshop.** The interaction between the individual and the profession is carry diverse character. On the one hand, man influence on the profession: upgrades and improves the methods of

the performance. On the other hand, the profession may have an impact on a person, changing and developing it. This influence can be both positive and negative. The complex of negative effects of the profession on personality in Russian psychology has been called professional deformation. One of the negative manifestations of professional deformation of the personality is a syndrome of «emotional burnout».

At the workshop participants will be introduced to the managerial, social and psychological causes of emotional burnout syndrome, which suffering more than 50% of health workers in our country.

And will get recommendations for overcoming. Special attention will be given to the correct formation of the labor collective with the use of modern diagnostic tools.

### **15.15.–16.15. Workshop: «THERAPEUTIC CONTRACT»**

15.15.–16.00. Educational information from the lecturer ***Kotov Sergey Vladimirovich*** psychiatrist-narcologist, psychotherapist, member of European Association of Transactional Analysis (EATA), master trainer of the Joint Community of Psychological Counselling, Ph.D, senior researcher of the Department of psychotherapy and hospital medical rehabilitation of Scientific Research Institute of narcology – branch of Federal State Budgetary Institution «V. Serbsky Federal Medical Research Center of psychiatry and narcology» Ministry of Health of Russia

16.00.–16.15. Answers on the questions, discussion.

**Aim of workshop:** to teach listeners the basic rules of drawing up a therapeutic contract .

**Categories of listeners:** employees of rehabilitation centers, including consultants and volunteers of chemical dependencies; psychologists and doctors: psychiatrists, drug experts, psychotherapists.

**Abstract of workshop.** Chemical dependency syndrome is formed, not everyone but only people with features of dependence, developing

long before the onset of the disease. The main feature of the dependent personality – the inability (lack of skill, unwillingness) to take care of himself for real. Work with addicts is closely linked with the issues of responsibility for what is happening with them. The patient playing the role of victim, takes on «the responsibility to be irresponsible». Therapeutic contracts allow you to structure the work and to share responsibility for what happens between client and therapist.

## STUDY ROOM FOR GROUP WORK № 1

### 11.30.–13.00. Master class:

#### «PSYCHODRAMA IN REHABILITATION OF CHEMICAL AND NON-CHEMICAL DEPENDENCIES»

Educational information from the lecturer *Kulakov S.A.* (MD, Professor, Deputy General Director of rehabilitation work of the Medical Association «Center of Bekhterev»), psychotherapist of the highest category, Chairman of the Supervisory Council of the Russian psychotherapeutic Association).

**Aim of workshop.** Has a practical orientation. During the workshop will be demonstrate practical work in the modality of psychodrama.

**Categories of participants:** workshop designed for specialists working with addicted patients and patients with personality disorders.

**Plan of workshop.** Work will be conducted in 2 circles: in the small circle – not more than 20 members of individuals who are willing to participate in the work of the group, and in the large circle – not more than 30 members, who will act as observers and will participate only in providing feedback.

**Abstract of method.** Psychodrama is a multimodal therapy.

The study of reasons for relapse was testified about the inability to cope with the affects in the result of interpersonal (often family) conflicts and existential crises.

At the stage of «warming up» (First phase of psychodrama) are using projective psychotechnologies (art-analysis, the use of postcards,

toys, metaphors, etc.), which allow to bypass psychological defense mechanisms и which provides opportunities for creativity and spontaneity, which are inherent to patients with addictions.

At the second phase (developmental work) the most widely used micro-sessions (vignettes, episodes), less – the principle «from the periphery to the center», because addicts due to low frustration tolerance do not stand up to longer sessions.

The activity and intensity of the work of psychodramatist when working with patients with dependencies are high.

### **STUDY ROOM OF PSYCHOTHERAPY №4 (Department of rehabilitation); 3<sup>th</sup> floor**

#### **15.30.–16.30. Master class:**

#### **«FUNDAMENTALS WORK WITH METAPHORICAL CARDS»**

15.30.–16.15. Educational information from the lecturer *Elfimova E.V.* (MD, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of «People's Friendship University of Russia» (Moscow, Russia); Head of the psychiatric service of the Medical center Bank of Russia).

16.15.–16.30. Answers on the questions, discussion.

**Aim of the workshop:** познакомить слушателей с методикой работы с метафорическими ассоциативными картами

**Categories of listeners:** psychotherapists, psychologists, psychiatrists, narcologists, therapists, doctors and medical specialists of other specialties, employees (including consultants and volunteers) of rehabilitation centers.

#### **Plan of the workshop:**

1. The story of the creation of metaphorical associative cards.
2. Diagnostic and therapeutic possibilities of metaphorical associative cards.
3. How to work with associative cards.
4. Main decks of the associative cards.

5. The author's method of working with the associative cards «OX»
6. Work with rare decks.
7. The possibility of cross-use cards.
8. Conduct counselling services with the use of metaphoric associative cards.

**Description of the workshop.** Metaphoric associative cards are a unique projective diagnostic and therapeutic method for individual and group work with a wide range of psychological problems. Metaphorical associative cards allow you to make the «bypass» of rational thinking, to remove the protection, and internal resistance, to create conditions for dialogue between the outer and inner world of man.

At the workshop the participants will acquaint the basic metaphorical deck of cards, and how to work with them.

The seminar will teach the methodology of work with metaphoric cards, «OX», with rare decks of cards and with possibilities of cross-use decks. The audience will have the opportunity to get individual psychotherapeutic counseling.

**STUDY ROOM OF HEAD  
OF THE DEPARTMENT OF CLINICAL NARCOLOGY,  
professor I.A. Zrazhevskaya (2<sup>th</sup> floor, administration)**

**15.15.–16.15. Seminar, topic:**

**«WORKING WITH RESPONSIBILITY  
IN REHABILITATION IN NARCOLOGY»**

15.15.–16.00 educational information from the lecturer *Shev-cov A.V.* (senior researcher of Scientific Research Institute of narcology –branch of Federal State Budgetary Institution «V. Serbsky Federal Medical Research Center of psychiatry and narcology»; Ph.D., psychiatrist-narcologist, psychotherapist).

16.00.–16.15. Answers on the questions, discussion.

**Aim of seminar** – the training of responsibility of the patient.

**Categories of listeners:** employees of rehabilitation centers, including consultants and volunteers of chemical dependencies; psychologists and doctors: psychiatrists, drug experts, psychotherapists.

**Plan of seminar:**

1. Definition of responsibility.
2. The degree of responsibility as the stages of rehabilitation.
3. Work strategy.
4. The tactics work on the basis of practical examples.
5. The role of responsibility in the rehabilitation process.

**Abstract.** The seminar will present the author's method of work with dependent patients. It has unlimited possibilities of application for operation in units of inpatient and outpatient, and rehabilitation wards and centers.

Based on the author's presentation you will learn interesting and useful aspect of working with patients with substance abuse. The seminar will cover aspects of the responsibility of the patient (both strategic and tactical). You will find a full description of the degree of responsibility of patients as a dynamic indicator of the effectiveness of rehabilitation, which is of great practical importance. Responsibility is an extremely interesting target of the psychotherapeutic process. If you will master this approach, You will greatly facilitate their work on the formation of the therapeutic process.

Based on approach of working with responsibility in the Science Research Institute of addictions, developed a training course for psychologists and counselors. Will be interesting and useful ☺

**Conference venue:** Scientific Research Institute of narcology – branch of Federal State Budgetary Institution «V. Serbsky Federal Medical Research Center of psychiatry and narcology» Ministry of Health of Russian Federation.

**Address:** Moscow, Stavropolskaya st., 27, building 7 (the nearest metro station «Lublino», then 7 minutes walk).

---

**ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ ТРЕТЬЕЙ ЕЖЕГОДНОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«ДРОЗДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»**

---

**Т е м а**

**«СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ  
И НАРКОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ,  
ТЕРАПИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ,  
РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ»**

*(15–16 ноября 2016 г., Москва, Россия)*

15–16 ноября 2016 г. в Москве состоялась Третья ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «Дроздовские чтения», посвященная памяти одного из ведущих специалистов в области наркологии и психиатрии Российской Федерации, выдающегося организатора здравоохранения Эдуарда Семеновича Дроздова.

Инициатором проведения ежегодных Дроздовских чтений выступила профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, д.м.н. Инна Александровна Зражевская, так как лично знала Эдуарда Семеновича и работала под его руководством в психиатрической больнице № 13 ДЗМ в должности исполняющей обязанности заве-

дующей отделением. Предложение было с энтузиазмом поддержано заведующим кафедрой, к.м.н. Александром Сергеевичем Березкиным и всеми сотрудниками, ведь ГБУЗ ПБ № 13 ДЗМ (которую Э.С. Дроздов возглавлял в течение последних 12 лет жизни) является клинической базой кафедры. Также инициатива нашла горячий отклик у главного врача ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 ДЗМ», к.м.н. Алексея Юрьевича Тер-Израеляна и всего коллектива больницы. И, конечно, значимым для организаторов конференции было мнение ближайших родственников Эдуарда Семеновича – супруги Надежды Александровны и сына Филиппа Эдуардовича, которые поддержали начинание, лично присутствовали и выступали на Первых Дроздовских чтениях.

Учитывая, что Э.С. Дроздов проявил свои неординарные профессиональные способности врача и организатора, как в наркологии, так и в психиатрии, в рамках Дроздовских чтений традиционно рассматриваются актуальные вопросы диагностики и терапии заболеваний наркологического и психиатрического профилей, а также коморбидных состояний. Темами для обсуждения в рамках III Дроздовских чтений стали проблемы диагностики, терапии, реабилитации и ресоциализации больных с сочетанной патологией в психиатрии и наркологии. Официальными организаторами конференции являлись: Общественная организация «Российское общество психиатров» (РОП); Московское региональное отделение РОП; кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»; ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 ДЗМ», ГБУЗ «Психиатрическая больница № 5 ДЗМ».

15 ноября заседания научной сессии и выставка состоялись в Центральном Доме Ученых Российской Академии Наук (ЦДУ РАН) – истинно научном и культурном центре Москвы и России, где удалось сохранить неповторимый дух старой интеллигентной Москвы, дух знаний и творчества. До

начала конференции, а также в перерывах между сессиями, под звуки живой классической музыки, участники могли ознакомиться с историческими интерьерами ЦДУ РАН, который признан Организацией Объединенных Наций одним из лучших памятников столицы по его сохранению.

Во второй день конференции все мероприятия проходили на базе НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России.

Целью данной конференции являлся обмен научными достижениями и практическим опытом специалистов, работающих в области психического здоровья, по вопросам, связанным с эпидемиологическими, этиопатогенетическими, клиническими, лечебно-профилактическими, экспертными и реабилитационными аспектами сочетанных заболеваний в наркологии и психиатрии. Участие всех желающих во всех мероприятиях конференции было бесплатным.

Следует отметить, что в плане содержательного наполнения Дроздовских чтений в этом году инновационным моментом явилось включение в программу образовательных мероприятий. Особую значимость для всех участников имел тот факт, что впервые в Российской Федерации вышеуказанные образовательные мероприятия были признаны соответствующими требованиям Координационного совета по развитию непрерывного медицинского образования (НМО) Минздрава России и аккредитованы в системе НМО в размере 6 кредитов (максимальное количество в день) по специальности «психиатрия–наркология» для целевой аудитории: психиатры-наркологи; психиатры, психотерапевты. Это позволило Организаторам по окончании конференции выдать всем слушателям целевой аудитории Свидетельства НМО установленного образца с указанием индивидуальных кодов подтверждения.

**15 ноября научная сессия была представлена двумя секционными заседаниями:**

– коморбидные состояния в психиатрии, современные возможности диагностики и терапии;

– современный взгляд на профилактику, реабилитацию и ресоциализацию в наркологии.

Открыл работу конференции Председатель Московского регионального отделения общественной организации «Российское Общество Психиатров» (РОП), Заслуженный деятель науки РФ, профессор Сергей Николаевич Мосолов. Он поприветствовал собравшихся от лица РОП, кратко осветил историю организации Дроздовских чтений и привлек внимание участников к инновационным моментам в плане содержательного наполнения Чтений в этом году, а именно к включению в программу образовательных мероприятий. Профессор Мосолов С.Н. подчеркнул, что впервые в Российской Федерации образовательные мероприятия в рамках конференции были признаны соответствующими требованиям Координационного совета по развитию непрерывного медицинского образования (НМО) Минздрава России и аккредитованы в системе НМО в размере 6 кредитов (максимальное количество в день) для целевой аудитории: психиатры, психиатры-наркологи, психотерапевты, что позволит Организаторам по окончании конференции выдать всем слушателям целевой аудитории Свидетельства НМО установленного образца с указанием индивидуальных кодов подтверждения.

Начало научной части конференции ознаменовал доклад профессора Н.Н. Петровой (заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», д.м.н., профессор, Почетный работник высшего профессионального образования РФ, Лауреат премии Правительства РФ в области образования), посвященный одной из наиболее актуальных проблем современного этапа развития психиатрической помощи – вопросам коморбидности при болезни Альцгеймера. В своем сообщении Наталия Николаевна привела новые данные о патогенетических механизмах депрессии и деменции, а также гипотезы их взаимосвязей. Она представила значимые аспекты полиморбидности и рассказала о современных подходах к терапии

болезни Альцгеймера с позиций эффективности и безопасности с учетом коморбидных расстройств.

Вопросы терапии всегда вызывают большой интерес у практических врачей. Участники конференции очень внимательно слушали все доклады, прозвучавшие в данной секции, т.к. они были посвящены новейшим достижениям в лечении психических расстройств разнообразных регистров, сочетанных с заболеваниями терапевтического, психиатрического и неврологического профилей, а также проблемам профилактики побочных явлений психофармакотерапии и повышения ее эффективности, преодоления лекарственной резистентности (сообщения Вельтищева Д.Ю., Козловского В.Л., Шмиловича А.А., Павличенко А.В., Данилова Д.С.). В ходе докладов лекторы останавливались на аспектах, значимых для повседневной практической работы врачей, деятельность которых связана со сферой психического здоровья, разбирали типичные проблемы, с которыми сталкиваются специалисты при диагностике, дифференциальной диагностике и лечении психических расстройств, сочетанных с заболеваниями, как других профилей, так и с психиатрической патологией.

Одной из особенностей проведения III Дроздовских чтений в этом году стал акцент на наркологическое направление. Работой секции «Современный взгляд на профилактику, реабилитацию и ресоциализацию в наркологии» руководила директор НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, профессор кафедры уголовно-процессуального права и криминалистики Российской правовой академии Минюста России, д.м.н., профессор Т.В. Клименко.

По случайному стечению обстоятельств, дата проведения секции совпала с 75-летием Николая Николаевича Иванца – Президента Национального Наркологического Общества, доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента РАМН. В связи с этим Татьяна Валентиновна начала приветственную часть научной сессии с поздравлений в ад-

рес Юбиляра, пожелала Николаю Николаевичу покорения новых научных вершин, крепкого здоровья, долголетия и попросила участников секции поприветствовать Корифея аплодисментами.

**Секция «Современный взгляд на профилактику, реабилитацию и ресоциализацию в наркологии»** включала следующие образовательные мероприятия для специалистов:

- научно-образовательный семинар «Комплексный лечебно-реабилитационный процесс в наркологии»;
- лекцию «Доказательная медицина и проблемы российской наркологии»;
- научно-образовательный симпозиум «Ингаляционное употребление психоактивных веществ в молодежной среде – глобальная проблема здравоохранения».

В ходе первого семинара была представлена информация научно-практического характера об основных компонентах комплексного лечебно-реабилитационного процесса в отношении лиц с наркологическими расстройствами, рассматривались вопросы нормативного правового регулирования и преемственности реабилитационных мероприятий. Слушателей ознакомили с основными блоками реабилитационных программ (медицинским, психологическим/психокоррекционным, психотерапевтическим и социальным) и современными подходами к их реализации. Также был представлен обзор научно-доказательных моделей психотерапии наркологических больных, обеспечивающих высокую эффективность программ реабилитации. Кроме того, в рамках семинара были освещены проблемные аспекты социальной реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ).

Основным в рамках данной секции являлся доклад директора НИИ наркологии Т.В. Клименко «Социальная реабилитация как обязательный компонент комплексного лечебно-реабилитационного процесса в отношении лиц с наркологическими расстройствами». Профессор Т.В. Клименко

акцентировала внимание на том, что формирование состояния ремиссии и успешная социальная адаптация в условиях полного отказа от употребления ПАВ являются основными задачами терапевтических мероприятий, а эффективность медицинских вмешательств зависит не только от качества оказанной медицинской помощи, но и от объема (полноты) предоставленных услуг в рамках лечебно-реабилитационного процесса (ЛРП), включающего, наряду с медикаментозным и психотерапевтическим лечением, мероприятия по медицинской и социальной реабилитации (МР и СР). Большинство наркологических пациентов, после проведенного им лечения в медицинских учреждениях, не включаются в программы МР и/или СР, а участники программ СР (реабилитанты) не получают необходимую им медицинскую помощь по диагностике и лечению имеющихся психических, наркологических и соматических заболеваний. Несмотря на то, что лечение, МР и СР ориентированы на достижение единой цели и решение многих общих задач, организационно они разделены и координируются разными ведомствами и структурами, что существенно снижает возможности и качество оказания помощи.

Т.В. Клименко подчеркнула, что способствовать позитивным изменениям в сложившейся ситуации может создание на базе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России Межведомственного многофункционального федерального центра по координации деятельности в сфере социальной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами (ММФЦ).

Цель организации ММФЦ – повышение качества и эффективности социальной реабилитации и ресоциализации лиц с наркологическими расстройствами в реабилитационных центрах (РЦ) с помощью организации системы координации, непрерывного образования и научно-методического обеспечения их деятельности на федеральном уровне.

Задачами ММФЦ станут:

1) создание системы информационно-методической поддержки РЦ;

2) формирование единой системы непрерывного образования для сотрудников РЦ (врачей, психологов, социальных работников, специалистов по социальной реабилитации, волонтеров), включающего теоретическую подготовку, выработку практических навыков и возможность последующего повышения квалификации;

3) отбор кандидатур для внесения в федеральный реестр доверенных экспертов по контролю за деятельностью организаций в сфере социальной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами от всех заинтересованных ведомств (Минздрав, МВД, Минсоцтруд);

4) утверждение федерального реестра доверенных экспертов по контролю за деятельностью организаций в сфере социальной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами от всех заинтересованных ведомств (Минздрав, МВД, Минсоцтруд);

5) организация федеральной системы мониторинга деятельности РЦ/организаций в сфере социальной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами доверенными экспертами по осуществлению данного вида деятельности из числа включенных в федеральный реестр;

6) внедрение системы добровольной сертификации РЦ/организаций, работающих в сфере социальной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами в соответствии с Федеральным законом от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании»;

7) организация системы информирования лиц с наркологическими расстройствами и других заинтересованных лиц по вопросам социальной реабилитации лиц с наркологическими расстройствами, а также о деятельности РЦ/организаций, предоставляющих данный вид социальной услуги.

**Программа научно-образовательного семинара «Комплексный лечебно-реабилитационный процесс в нарко-**

**ЛОГИИ»** включала доклады ведущих российских и зарубежных специалистов, отражающие самые разнообразные аспекты проблемы:

1) лечебно-диагностические [сообщения: профессора, зав. кафедрой Спириной И.Д. (Украина); зав. кафедрой Абдуллаевой В.К. (Узбекистан); профессора кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН Зражевской И.А. (РФ, Москва); врача клинического отделения Центра психического здоровья и превенции в наркологии Ткешелашвили Н.Р. (Грузия)];

2) доказательные [лекция главного нарколога Ленинградской области, руководителя Отдела наркологии ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессора кафедры психиатрии Медицинской Школы Пенсильванского университета (США), профессора Крупицкого Е.М (РФ, Санкт-Петербург); доклад профессора, зав. кафедрой Мелик-Пашаян А.Э. (Армения)];

3) социально-духовные (доклады: старшего научного сотрудника отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (группы особых форм психической патологии) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Председателя Совета Межрегионального общественного Движения в поддержку семейных клубов трезвости, протоиерея Бабурина А.Н.; заведующего отделом реабилитации НИИН – филиала Дудко Т.Н.).

Живой отклик у собравшихся вызвали выступления руководителей и сотрудников реабилитационных центров, прозвучавшие в рамках дискуссии. О своих достижениях и настоящих проблемах смогли рассказать не только представители центров, работающих в Москве и Московской области, но и представители регионов (Ростова-на-Дону, Воронежа, Уфы и др.). Кроме того, в течение всего рабочего дня конференции проходила выставка центров реабилитации для зависимых от ПАВ, где также были продемонстрированы успехи реабилитационных центров из многих городов России и да-

же из других стран (Кемерово, Подольск, Брянск, Сочи, Санкт-Петербург, Уфа, Воронеж, Москва, Ростов-на-Дону, Израиль, Беларусь, Украина и др.), работающих по совершенно разным программам, но объединенных приверженностью к стратегии полного отказа от немедицинского потребления наркотических средств в период реабилитации.

Тематикой **научно-образовательного симпозиума**, запланированного во второй части секции, стала глобальная проблема здравоохранения на современном этапе – ингаляционное употребление психоактивных веществ в молодежной среде. Был дан краткий исторический экскурс в проблематику ингаляционного приема наркотических веществ – от старинного кальяна до электронных сигарет, традиционные и «инновационные» формы ингаляционного употребления ПАВ. Обсуждались предикторы развития зависимости от ингаляционных наркотических веществ, особенности премоурбида и личности, а также социо-психологические дефекты потребителей синтетических «дизайнерских» наркотиков. Были обозначены ведущие сомато-неврологические проявления хронической интоксикации. Обсуждался вопрос о возможности использования новейших методик МРТ, ПЭТ, молекулярно-генетических исследований в изучении данной проблемы. Была затронута также проблема формирования никотиновой зависимости при потреблении электронных сигарет. Прозвучала информация о новом виде ингаляционных ПАВ – синтетических каннабиноидах и психических расстройствах вследствие их употребления.

Также в ходе данной секции прозвучали воспоминания об Э.С. Дроздове. Основные вехи его жизни и деятельности собравшимся напомнил член Исполкома Всероссийского общества православных врачей имени священно-исповедника архиепископа Луки (Войно-Ясенецкого), член церковно-общественного совета по биомедицинской этике, протоиерей А.Н. Бабурин, который лично знал Эдуарда Семеновича. Алексей Николаевич обратил внимание участников на то,

что именно Э.С. Дроздов был одним из первых в отечественной наркологии, кто установил связь с Русской православной церковью, развивал духовное направление, как неотъемлемую составляющую лечебно-реабилитационного процесса, и много лет являлся постоянным активным членом Совета при Синодальном отделе РПЦ по тюремному служению.

Э.С. Дроздов являлся не только основателем Московской наркологической службы, но и истинным апологетом реабилитационного направления в наркологии. В связи с этим именно в рамках Дроздовских чтений была проведена ***Торжественная Церемония награждения лауреатов и дипломантов I Международного Конкурса программ профилактики, реабилитации и ресоциализации в сфере охраны психического здоровья «Осознанный выбор».*** Организаторами Конкурса являлись ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России и ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов».

***Лауреаты и дипломанты I, II и III степени были определены по следующим номинациям:***

1) лучшая программа первичной профилактики употребления психоактивных веществ;

2) лучшая программа первичной профилактики употребления психоактивных веществ для лиц школьного и юношеского возраста с девиантным/делинквентным поведением;

3) лучшие материалы по первичной профилактике употребления психоактивных веществ;

4) лучшая программа ресоциализации потребителей и/или зависимых от психоактивных веществ;

5) лучшая программа социальной реабилитации потребителей и/или зависимых от психоактивных веществ;

6) лучшая учебная программа для сотрудников центров социальной реабилитации;

7) лучший интернет-проект по первичной профилактике употребления психоактивных веществ.

В Конкурсе приняли участие государственные, частные и общественные организации, работающие на основе самых разнообразных парадигм, существующие более 10 лет и совсем юные, из самых разных уголков России (Москвы, Санкт-Петербурга, Кемерово, Оренбурга, Сочи, Абакана, Уфы, Воронежа, Ростова-на-Дону и др.) и даже из других стран (Украины, Армении, Узбекистана, Грузии, Беларуси, Израиля, США, Тайланда и др.).

Представительство организаций и учреждений также было очень широким – государственные и частные реабилитационные центры для различных возрастных категорий, благотворительные фонды, автономные некоммерческие организации, кафедры ВУЗов, государственные и частные лечебные учреждения, НИИ, центры и др. Кроме того, в Конкурсе участвовали частные лица, работающие в сфере охраны психического здоровья.

В начале Торжественной Церемонии награждения выступила директор НИИ наркологии Т.В. Клименко. Она рассказала о том, каким образом проходили анализ и оценка всех материалов, представленных для участия в Конкурсе, а также описала преимущества, которые имели материалы, избранные в качестве призеров. Профессор Т.В. Клименко обратила внимание присутствующих на то, что все программы, представленные на Конкурс, были основаны на стратегии полного отказа от немедицинского потребления наркотических средств. Затем состоялась Церемония награждения, в ходе которой были озвучены краткие описания и основные характеристики всех работ – призеров Конкурса (лауреатов и дипломантов) во всех номинациях, а авторам материалов были вручены дипломы и ценные подарки – гаджеты, необходимые для повседневной работы.

**Во второй день конференции (16.11.2016 г.)** состоялась ***Всероссийская акция*** по обучению сотрудников центров социальной реабилитации на базе НИИ наркологии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

В течение рабочего дня ведущие специалисты НИИН, сотрудники кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПКМР МИ РУДН, а также приглашенные специалисты из других городов РФ проводили образовательные мероприятия: мастер-классы, воркшопы, лекции, семинары и др.

Мероприятия шли в виде параллельных сессий, а каждый участник мог предварительно записаться и посетить те из них, которые его заинтересовали в большей степени. На обучение приехали сотрудники реабилитационных центров из разных городов и регионов России (Брянска, Твери, Санкт-Петербурга, Подольска, Кемерово, Воронежа, Республики Хакасия, Республики Башкортостан, Краснодарского края и др.).

В ходе обучения рассматривались самые разные вопросы: срывы при аддикциях; экзистенциальные аспекты реабилитации зависимых от ПАВ; диагностика, профилактика и коррекция суицидального и самоповреждающего поведения у зависимых от ПАВ; табакокурение – это вредная привычка или болезнь; типология характеров и зависимость; личностные особенности пациентов с химическими зависимостями; психические расстройства, сочетанные с зависимостями от ПАВ; работа с ответственностью в наркологической реабилитации; терапевтический контракт; управление эмоциями; профилактика эмоционального выгорания; психология управления и др.

Во время ряда образовательных мероприятий участники могли наработать практические навыки или даже попытаться разрешить свои проблемы (например, на мастер-классах по психодраме и по работе с метафорическими картами). Особенностью всех образовательных мероприятий было то, что на каждом занятии не менее 25% времени отводилось на ответы ведущего/лектора на вопросы слушателей.

Участники конференции высоко оценили научно-образовательную сессию, которая позволила получить опыт и новые знания большому количеству специалистов, работающих в сфере психического здоровья (как имеющих медицинское

образование, так и без такового) – в конференции приняли участие около 600 человек. Информационная и образовательная насыщенность секций позволяют сделать вывод о том, что данная конференция стала очередным продуктивным шагом на пути реализации комплекса мероприятий по сохранению психического здоровья нации.

*Эльвира Олеговна Топка,  
ассистент кафедры психиатрии,  
наркологии и психотерапии  
Факультета повышения квалификации  
медицинских работников Медицинского института  
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»*

---

**REPORT ABOUT THE CONDUCTING  
THE THIRD ANNUAL SCIENTIFIC-PRACTICAL  
CONFERENCE WITH INTERNATIONAL  
PARTICIPATION  
«DROZDOVSKI READINGS»**

---

**Conference topic**

**«COMORBID PATHOLOGY IN PSYCHIATRY  
AND NARCOLOGY: PROBLEMS OF DIAGNOSTICS,  
TREATMENT, REHABILITATION, RESOCIALIZATION»**

(November, 15–16, 2016, Moscow, Russia)

November 15–16, 2016, in Moscow there was hosted the Third Annual scientific-practical Conference with international participation «Drozdovski readings» dedicated to the memory of one of the leading specialists in the field of narcology and psychiatry of the Russian Federation, prominent organizer of public health Edward Semenovich Drozdov.

The initiator of holding the Annual «Drozdovski readings» was Professor of the Department of psychiatry, narcology and psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of Medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia, Doctor of Medical Sciences Inna Alexandrovna Zrazhevskaya, as she personally knew Edward Semenovich and worked under his leadership in Psychiatric hospital № 13 DMH in the position of the acting head of the Department. The proposal was enthusiastically supported by the head of the Department,

Candidate of Medical Sciences Alexander Sergeevich Berezkin and all employees, because the SBIH «PH № 13» DMH (E.S. Drozdov headed during the last 12 years of his life) is a clinical base of the Department. Also, the initiative found a warm response from the chief physician of SBIH «Psychiatric hospital № 13» DMH, Candidate of Medical Sciences, Alexey Yuryevich Ter-Israelyan and all collective of hospital staff. And, of course, important for the organizers of the conference was the opinion of wife of Edward Semenovich – Nadezhda Alexandrovna and of son, Philip Eduardovich who supported the undertaking, personally attended and spoke at the First Drozdovski readings.

Given that E.S. Drozdov showed his extraordinary professional abilities of the doctor and the organizer, both in narcology and in psychiatry, in the framework of Drozdovski readings are traditionally considered the actual issues of diagnosis and treatment of diseases of narcological and psychiatric profiles, as well as comorbid conditions. Topics for discussion in the framework of The III Drozdovski readings were the issues of diagnosis, therapy, rehabilitation and resocialization of patients with comorbid pathology in psychiatry and narcology. The official organizers of the conference were: Public organization «Russian Society of Psychiatrists» (RSP); the Moscow regional Department of the RSP; Department of psychiatry, narcology and psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of the Medical Institute of «Peoples' Friendship University of Russia»; SBIH «Psychiatric hospital № 13 DMH»; SBIH «Psychiatric hospital № 5 DMH».

November, 15, the meeting of scientific sessions and exhibition held at the Central House of Scientists of the Russian Academy of Sciences – is a veritable scientific and cultural centre of Moscow and Russia, where there was managed to keep the unique spirit of old intelligent Moscow, the spirit of knowledge and creativity. Prior to the conference and in the breaks between sessions, under the sounds of live classical music, the participants could see the historical interiors of Central House of Scientists of the Rus-

sian Academy of Sciences, which is recognized by the United Nations as one of the best monuments of the capital for its preservation.

On the second day of the conference, all events were held at the base of Research Institute of Addiction – branch of «V. Serbsky FMRCPN».

The purpose of this conference was the exchange of scientific achievements and practical experience of specialists working in the field of mental health, on issues related to epidemiological, etiopathogenetic, clinical, medical-preventive, expert and rehabilitation aspects of comorbid diseases in narcology and psychiatry. The participation of everyone in all activities of the conference was free of charge.

It should be noted that in plan of substantive content of Drozdovski readings this year the innovative moment was the inclusion in the program the educational events. Of special importance for all participants was the fact that for the first time in the Russian Federation the above mentioned educational events have been recognized by the relevant requirements of the Coordinating Council for the development of continuing medical education (CME) of Federal Ministry of health and accredited in the system of CME in the amount of 6 credits (maximum per day) on a speciality «psychiatry-narcology» for the target audience: psychiatrists-narcologists; psychiatrists, psychotherapists. This allowed the Organizers after the conference gave all participants of the target audience the Certificate of CME of the established sample with the indication of individual verification codes.

**November 15, the scientific session was presented by two sectional meetings:**

- comorbid conditions in psychiatry, current possibilities of diagnosis and therapy;
- comorbid conditions in psychiatry, current possibilities of diagnosis and therapy;
- a modern view of prevention, rehabilitation and resocialization in narcology.

– a modern view on prevention, rehabilitation and resocialization in narcology.

Opened the work of Conference, Chairman of the Moscow regional branch of the public organization «Russian Society of Psychiatrists» (RSP), Honored Scientist of Russia, Professor Sergey Nikolaevich Mosolov. He greeted the audience on behalf of RSP, briefly highlighted the history of the organization of Drozdovski readings and draw attention of the participants to innovative aspects in plan of substantive content of the Readings this year, namely, for inclusion in the program the educational events. Professor Mosolov S.N. underlined that for the first time in the Russian Federation educational activities in the framework of the conference were recognized by the relevant requirements of the Coordination Council for the development of continuing medical education (CME) of Federal Ministry of health and accredited in system of the CME in the amount of 6 credits (maximum per day) for target audience: psychiatrists, psychiatrists-narcologists, psychotherapists, which allowed the Organizers after the conference gave to all participants of the target audience the Certificate of CME of the established sample with the indication of individual verification codes.

The beginning of the scientific part of the conference was marked by the report of Professor N.N. Petrova (head of the Department of psychiatry and narcology of the «Saint-Petersburg State University», MD, Professor, Honorary worker of higher professional education of Russia, Laureate of Prize of Government of Russia Federation in education field), dedicated to one of the most actual problems of modern stage of development of psychiatric care – issues of comorbidity in Alzheimer's disease. In her report, Natalia Nikolaevna gave new data about the pathogenetic mechanisms of depression and dementia, as well as hypotheses of their interrelationships. She presented important aspects of polymorbidity and told about modern approaches to the therapy of Alzheimer's disease from the positions of efficiency and safety with consideration of comorbid disorders.

Issues of therapy always have great interest among practical doctors. The participants of the conference have listened very attentively to all the reports announced in this section, because they were devoted to the latest achievements in the treatment of mental disorders of a variety of registers, combined with diseases of therapeutic, psychiatric and neurological profiles, as well as preventing side-effects of psychopharmacotherapy and the enhancement of its efficiency, to overcome drug resistance (messages Veltishev D.Y., Kozlovskiy V.L., Shmilovich A.A., Pavlichenko A.V., Danilova D.S.). During the presentations, the speakers focused on the aspects important for everyday practical work of doctors, whose activity is associated with mental health has examined the typical problems encountered by professionals in the diagnosis, differential diagnosis and treatment of mental disorders associated with diseases like other profiles, and psychiatric disorders.

One of the features of conducting of the III Drozdovski readings in this year was an accent on narcological direction. The work of section «Modern view on the prevention, rehabilitation and resocialization in narcology» was headed by the Director of Research Institute on Addiction – branch of «V. Serbsky FMRCPN», Professor of the Department of criminal procedural law and criminology of the Russian Legal Academy of the Ministry of Justice of Russia, Doctor of Medical Sciences, Professor T.V. Klimenko.

By coincidence of circumstances, the date of holding the section coincided with the 75th Anniversary of Nikolay Nikolaevich Ivanec – President of the National Narcological Society, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the RAMS. In this regard, Tatyana Valentinovna begun the welcome part of the scientific session, with congratulating to the Anniversarian, wished Nikolay Nikolaevich the conquest of new scientific heights, good health, longevity and asked the participants of the section to greet the Luminary with applause.

**Section «The Modern view on prevention, rehabilitation and resocialization in narcology»** included the following educational activities for specialists:

- scientific-educational seminar «Integrated treatment and rehabilitation process in narcology»;
- lecture «Evidence-based medicine and the problems of the Russian narcology»;
- scientific-educational symposium «Inhaled use of psychoactive substances among the youth – is a global problem of public health».

During the first workshop was presented information of scientific and practical character about the main components of integrated therapeutic and rehabilitation process in persons with narcological disorders, considered the issues of legal regulation and continuity of rehabilitation measures. The audience was acquainted with the main units of rehabilitation programs (medical, mental/psychological, psychotherapeutic and social) and modern approaches to their implementation. Also presented an overview of scientific evidence-based models of psychotherapy of narcological patients, providing high efficiency of rehabilitation programs. Besides, in the framework of the seminar were highlighted the problematic aspects of social rehabilitation of persons addicted from psychoactive substances (PAS).

The main in the framework of this section was a report of the Director of Research Institute on Addiction, T.V. Klimenko, «the Social rehabilitation as an obligatory component of complex treatment and rehabilitation process in persons with narcological disorders». Professor T.V. Klymenko focused the attention that the formation of condition of remission and successful social adaptation in the conditions of complete refusal from use of psychoactive substances are the main objectives of therapeutic measures, and the effectiveness of medical interventions depends not only on the quality of medical care provided, but also on the volume (fullness) of services provided in the framework of treatment and rehabilitation process (TRP), included, along with medical and psychotherapeutic treatment activities of medical and social rehabilitation (MR and SR). Most narcological patients after their treatment in medical institutions are not

included in the program of MR and/or SR and the participants of programs of SR (rehabilitants) do not receive necessary medical care for the diagnosis and treatment of existing mental, narcological and somatic diseases. Despite the fact that treatment, MR and SR are focused on achieving common goals and solving many common problems, organizationally they are divided and coordinating by different departments and structures, that significantly reduces the possibilities and quality of providing medical care.

T.V. Klimenko underlined that contribute to positive changes in this situation can the creation on the base of Federal State Budgetary Institution «V. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology» of the Ministry of Health of the Russian Federation the Interagency Multifunctional federal centre for the coordination of activity in the sphere of social rehabilitation of persons with narcological disorders (IMFC).

The purpose of the organization of IMFC – is improving the quality and efficiency of social rehabilitation and resocialization of persons with narcological disorders in the rehabilitation centres (RC) with help of organization the system of coordination, continuous education and scientific and methodological support of their activity at the Federal level.

Objectives of IMFC will be:

1) creation the system of informational and methodological support of the RC;

2) the formation of a unified system of continuous education for employees of RC (doctors, psychologists, social workers, specialists in social rehabilitation, volunteers), including theoretical training, practical skills development and the opportunity for further training;

3) selection of candidates for inclusion in the Federal register of trusted experts to monitor the activities of organizations in the sphere of social rehabilitation of persons with narcological disorders from all concerned agencies (Ministry of Health, Ministry of Interior, Ministry of Social Labor);

4) approval of Federal registry of trusted experts to monitor the activities of organizations in the sphere of social rehabilitation of persons with narcological disorders from all concerned agencies Ministry of Health, Ministry of Interior, Ministry of Social Labor);

5) the organization of the Federal system for monitoring the activities of RC/organizations in the field of social rehabilitation of persons with narcological disorders of trusted experts on the implementation of this activity from the number included in the Federal register;

6) introduction of system of voluntary certification of RC/organizations working in the sphere of social rehabilitation of persons with narcological disorders in accordance with the Federal Law from December, 27, 2002 № 184-FL «About technical regulation»;

7) organization of system of informing of persons with narcological disorders and other stakeholders on issues of social rehabilitation of persons with narcological disorders as well as on the activities of RC/organizations that provide this type of social services.

The program of scientific-educational seminar «**Integrated treatment and rehabilitation process in narcology**» included reports of leading Russian and foreign experts representing various aspects of the problem:

1) medical-diagnostic [posts: Professor, Head of the Department Spirina I.D. (Ukraine); Head of the Department Abdullaeva V.K. (Uzbekistan); Professor of the Department of psychiatry, narcology and psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of Medical Institute of PFUR/RUDN University Zrazhevskaya I.A. (Russia, Moscow); doctor of clinical Department of the Centre of mental health and prevention in narcology Tkeshelashvili N.R. (Georgia)];

2) evidence – [lecture of Chief psychiatrist of the Leningrad region, the Head of the Department of narcology of the FSBI «St. Petersburg Psychoneurological Research Institute n.a. V.M. Bek-

hterev» the Ministry of Health of Russia, Professor of the Department of psychiatry of the Medical School of the University of Pennsylvania (USA), Professor Krupitskiy E.M. (Russia, Saint-Petersburg); the report of Professor, Head the Department Melik-Pashayan A. E. (Armenia)];

3) socio-spiritual (reports: senior researcher of the Department for the study of endogenous mental disorders and affective conditions (group of special forms of mental pathology) FSBRI «Scientific Center of Mental Health», the Chairman of the Council of the Interregional Public Movement in support of family clubs of sobriety, Archpriest Baburin A.N.; Head of the Department of rehabilitation RIA – branch Dudko T.N.).

A lively response from the audience was caused by the speeches of the managers and employees of rehabilitation centers made in the discussion. About their achievements and current problems was able to tell not only the representatives of the rehabilitation centers working in Moscow and Moscow region, but also representatives of the regions (Rostov-on-Don, Voronezh, Ufa, etc.). In addition, during the all working day of the conference was an exhibition of rehabilitation centers for persons addicted from psychoactive substances, where also were demonstrated the success of rehabilitation centers from many cities of Russia and even from other countries (Kemerovo, Volgograd, Bryansk, Sochi, Saint Petersburg, Ufa, Voronezh, Moscow, Rostov-on-Don, Israel, Belarus, Ukraine, etc.), working on completely different programs, but united in their commitment to the strategy of full refusal from non medical consumption narcotic substances during the period of rehabilitation.

The topics of **scientific and educational Symposium** planned on the second part of the section, has become a global public health problem at the present stage of inhalation psychoactive substance use in youth. The brief historical excursion into the issues of inhaled narcotic substances usage – from ancient kalian to electronic cigarettes, traditional and «innovative» forms of inhalation psychoactive substance use. Discussed the predictors of

addiction from inhalant narcotic substances, features of premorbid and personality as well as socio-psychological defects of the consumers of synthetic «designer» narcotic drugs. Were identified the leading somato-neurological manifestations of chronic intoxication. There was discussed the issue about possibility of using the latest methodic of MRI, PET, molecular-genetic research in the study of this problem. There was also touched the problem of the formation of nicotine addiction with the consumption of electronic cigarettes. There was announced the information about a new form of inhaled psychoactive substances – synthetic cannabinoids and mental disorders due to their consumption.

Also during this section there were memories about E.S. Drozdov. The major milestones of his life and activity reminded to the audience the member of the Executive Committee of the All Russian Society of Orthodox doctors of a name of a Sacred Confessor of Archbishop Luka (Voyno-Yasenetskiy), a member of the Church and Community Council for biomedical ethics, Archpriest A.N. Baburin, who personally knew Edward Semenovich. Alexey Nikolaevich drew the attention of participants to the fact that E.S. Drozdov was one of the first in national narcology abuse who established the connection with the Russian Orthodox Church, developed a spiritual direction as an integral component of the treatment and rehabilitation process, and for many years was a regular active member of the Council at the Synodal Department of the Russian Orthodox Church for prison Ministry.

E.S. Drozdov was not only the founder of the Moscow narcological service, but a veritable apologist of the rehabilitation direction in narcology. In this regard, especially in the framework of Drozdovski readings was held a *Solemn Ceremony* of Awarding of laureates and diplomats of I International Contest of programs of prevention, rehabilitation and resocialization in the field of mental health «*Conscious choice*». Organizers of the Contest were the Federal State Budgetary Institution «V. Serbsky Federal

Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology» of the Ministry of Health of the Russian Federation and Peoples' Friendship University of Russia.

**Laureates and diplomants of the first, the second and the third degree were determined in the following nominations:**

1) the best program of primary prevention of use of psychoactive substances;

2) the best program of the primary prevention of use of psychoactive substances for persons of school and youth age with deviant/delinquent behavior;

3) the best materials of primary prevention of use of psychoactive substances;

4) the best program of resocialization of the consumers and/or dependent individuals from psychoactive substances;

5) the best program of social rehabilitation of consumers and/or dependent individuals from psychoactive substances;

6) the best educational programme for employees of the centers of social rehabilitation;

7) the best internet-project on primary prevention of use of psychoactive substances.

In the Contest took part the state, private and public organizations working on the basis of various paradigms, existing more than 10 years and very young, from different parts of Russia (Moscow, Saint-Petersburg, Kemerovo, Orenburg, Sochi, Abakan, Ufa, Voronezh, Rostov-on-Don, etc.) and even from other countries (Ukraine, Armenia, Uzbekistan, Georgia, Belarus, Israel, USA, Thailand, etc.).

The representation of organizations and institutions was also very broad – state and private rehabilitation centers for different age groups, charitable foundations, autonomous nonprofit organizations, departments of Universities, state and private medical institutions, research institutions, centres, and etc. In addition, in the Contest took part the private persons working in the field of mental health.

The Director of the Research Institution on Addiction T.V. Klimenko made a performance at the beginning of the Solemn Ceremony of Awarding. She told about, how took place the analysis and evaluation of all materials submitted for participation in the Contest, and also described the benefits that had materials selected as winners. Professor T.V. Klimenko drew attention of audience to the fact that all programs submitted for the Contest were based on the strategy of full refusal from non medical consumption narcotic substances. Then there was a Ceremony of Awarding, during which were announced brief descriptions and main characteristics of all the works – winners of the Contest (laureates and diplomants) in all nominations, and authors of the materials were awarded with diplomas and valuable gifts – gadgets, that are necessary for everyday work.

**On the second day of the conference (16.11.2016) held *All Russian action*** on training the staff of the social rehabilitation centres at the base of Research Institute of Addiction – branch of «V. Serbsky FMRCPN». During the working day leading experts of RIA, employees of the Department of psychiatry, narcology and psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of Medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia, as well as invited specialists from other cities of the Russian Federation conducted educational activities: master classes, workshops, lectures, seminars etc.

The activities went in parallel sessions, and each participant could pre-register and visit those of them that interested him mostly. The staff of rehabilitation centres from different cities and regions of Russia came to the training (Bryansk, Tver, St. Petersburg, Podolsk, Yaroslavl, Voronezh, the Republic of Khakassia, Republic of Bashkortostan, Krasnodar territory and etc.).

During the training there were considered a variety of issues: relapse in addictions; the existential aspects of rehabilitation of dependent individuals from psychoactive substances; diagnosis, prevention and correction of compulsion and suicidal behavior of dependent individuals from psychoactive substances;

Smoking is a bad habit, or disease; typology of personality characters and addiction; personality traits of patients with chemical dependency; mental disorders, combined with addictions from psychoactive substances; work with responsibility in narcological rehabilitation; therapeutic contract; emotion regulation; prevention of emotional burnout; psychology of management, etc.

During a series of educational events the participants were able to develop practical skills or even try to resolve their problems (for example, on workshops on psychodrama and on working with metaphorical cards). A feature of all educational activities was that on each session at least 25% of time was devoted to answers of presenter/lecturer to questions from the audience.

The participants of the conference highly appreciated the scientific-educational session, which allowed to gain experience and new knowledge to a large number of professionals, working in the mental health field (as with medical education, and without medical education) – about 600 people took part in the conference. Informational and educational saturation of sections allowed to conclude about, that this conference was another productive step towards realization of a complex of actions for preservation of mental health of the nation.

***Topka Elvira Olegovna***

*Assistant of the Department of psychiatry,  
narcology and psychotherapy  
of the Faculty of advanced training of medical workers  
of Medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia*

**Научное издание**

**СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ  
В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ:  
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ,  
ТЕРАПИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ,  
РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ**

Научный редактор  
д.м.н., профессор *И.А. Зражевская*

Корректор *К.В. Зенкин*  
Технический редактор *Н.А. Ясько*  
Компьютерная верстка *Н.В. Маркелова*  
Дизайн обложки *Ю.Н. Ефремова*

*Для оформления обложки использована фотография –  
портрет Эдуарда Семеновича Дроздова.*

Подписано в печать 02.11.2016 г. Формат 60×84/16.  
Печать офсетная. Бумага офсетная. Гарнитура Таймс.  
Усл. печ. л. 18,6. Тираж 1000 экз. Заказ 1606

---

Российский университет дружбы народов  
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

---

Типография РУДН  
115419, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3, тел. +7 (495) 952-04-41

**Scientific publication**

**COMORBID PATHOLOGY  
IN PSYCHIATRY AND NARCOLOGY:  
PROBLEMS OF DIAGNOSTICS,  
THERAPY, REHABILITATION,  
RESOCIALIZATION**

Science Editor  
Doctor of Medical Sciences, Professor  
*I.A. Zrazhevskaya*

Corrector *K.V. Zenkin*  
Technical Editor *N.A. Yasko*  
Desktop publishing *N.V. Markelova*  
Design of cover *U.N. Efremova*

*For design the cover used the photo – a portrait  
of Edward Semenovich Drozdov*

Signed in print 02.11.2016. Format 60×84/16.  
Offset paper. Offset print. Headset Times.  
Conditions print: sheet 18,6. Edition 1000 copies. Ordering 1606

---

Peoples' Friendship University of Russia  
115419, Moscow, Ordzhonikidze str., 3

---

Publishing House of Peoples' Friendship University of Russia  
115419, Moscow, Ordzhonikidze str., 3, tel. +7 (495) 952-04-41



